

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ И ОБРАЗОВАНИЯ**

**КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**Р.Р. Попова**

**ДЕТСКАЯ  
КЛИНИЧЕСКАЯ  
ПСИХОЛОГИЯ**

**Учебное пособие**



**КАЗАНЬ  
2015**

**УДК 159.98+616-001.36+615.851**

**ББК 88.6**

**П43**

*Печатается по решению учебно-методической комиссии  
Института психологии и образования Казанского  
федерального университета, протокол №1 от 11.09.2014 г.*

**Рецензенты:**

зав. кафедрой практической психологии ИПО КФУ,  
кандидат психологических наук, доцент **А.В. Фролова**;  
зав. отделением медицинских психологов РКПБ МЗ РТ,  
кандидат биологических наук **С.Л. Макаренко**

**Попова Р.Р.**

**П43** **Детская клиническая психология: учебное пособие /**  
Р.Р. Попова. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2015. – 216 с.

**ISBN 978-5-00019-296-2**

Учебное пособие разработано для использования при организации учебной деятельности по курсу «Детская клиническая психология». В пособии рассмотрены теоретические положения, касающиеся закономерностей нарушенного развития в детском возрасте, основные понятия детской клинической психологии, раскрываются основные направления деятельности клинического психолога в работе с детьми. Даны клинико-психологические характеристики основных видов детской психопатологии, закономерности их возникновения. В пособии раскрываются способы и методы психологической диагностики нарушенного развития. Учебное пособие включает план практических занятий со студентами, содержит разнообразные задания для контроля знаний.

Учебное пособие предназначено для студентов психологических и педагогических вузов.

**УДК 159.98+616-001.36+615.851**

**ББК 88.6**

**ISBN 978-5-00019-296-2**

© Попова Р.Р., 2015

© Издательство Казанского университета, 2015

---

---

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение</b> .....	5
<b>Раздел 1. Теоретические основы детской клинической психологии</b> .....	7
Тема 1. История детской клинической психологии, предмет, задачи, основные понятия.. Принципы и методы исследования .....	7
Тема 2. Предмет, задачи, основные понятия в детской клинической психологии.....	17
Тема 3. Принципы и методы исследования в детской клинической психологии.....	28
Тема 4. Проблема нормы и патологии в детской клинической психологии. Представление о дизонтогенезе.....	37
Тема 5. Механизмы и закономерности дизонтогенеза, его типология .....	46
<b>Раздел 2. Клинико-психологическая характеристика психических расстройств в детском и подростковом возрасте</b> .....	55
Тема 1. Умственная отсталость .....	55
Тема 2. Психические расстройства вследствие повреждения головного мозга .....	64
Тема 3. Психическое развитие при дефиците сенсорных систем.....	73
Тема 4. Поведенческие и аффективные расстройства в детском и подростковом возрасте .....	82
Тема 5. Шизофрения в детском и подростковом возрасте.....	92
Тема 6. Невротические расстройства в детском и подростковом возрасте .....	101
Тема 7. Психосоматические нарушения у детей.....	111
<b>Раздел 3. Практические занятия</b> .....	122
Практическое занятие 1. Клинико-биографический метод при исследовании детей и подростков.....	122

Практическое занятие 2. Семейно-диагностическое интервью.....	127
Практические занятия 3. Организация патопсихологического исследования.....	130
Практическое занятие 4. Исследование познавательных процессов в патопсихологическом эксперименте.....	133
Практическое занятие 5. Исследование нейродинамики в патопсихологическом эксперименте.....	135
Практическое занятие 6. Исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей ребенка в ходе патопсихологического исследования.....	137
Практическое занятие 7. Дифференциальная диагностика уровня интеллекта.....	140
Практическое занятие 8. Патопсихологическое исследование детей с органическими нарушениями ЦНС...	143
Практическое занятие 10. Исследование структуры патохарактерологического развития.....	145
Практическое занятие 9. Патопсихологическое обследование детей с диагнозом шизофрения и РДА.....	148
Практическое занятие 11. Диагностика невротического патопсихологического симптомокомплекса у детей и подростков.....	151
Практическое занятие 12. Исследование внутренней картины болезни.....	153
<b>Общий глоссарий.....</b>	<b>157</b>
<b>Список литературы по дисциплине.....</b>	<b>166</b>
<b>Задания тестового контроля.....</b>	<b>169</b>
<b>Вопросы к зачету.....</b>	<b>179</b>
<b>Рабочая программа дисциплины.....</b>	<b>181</b>
<b>Приложения.....</b>	<b>206</b>

---

---

## ВВЕДЕНИЕ

Клиническая психология – это специфическая область психологии, исследующая психологические основы и закономерности самых разнообразных клинических феноменов. Среди них, пожалуй, наиболее сложными для понимания, диагностики, экспертной оценки и психологической коррекции являются клинические феномены, встречающиеся в детском возрасте.

Естественная незрелость психического развития ребенка, его неравномерность, наличие повреждающих факторов, а также особенности среды, в которой происходит становление ребенка, создают сложную, а подчас и запутанную картину симптомов. В детском возрасте особенно остро встает проблема дифференциальной клинической диагностики, связанной как со схожестью внешних проявлений разных заболеваний, так и с трудностями (иногда и невозможностью) описания состояний самим ребенком. Точная дифференциальная клиническая диагностика позволяет поставить более точный диагноз, выбрать адекватные методы обучения, коррекции и реабилитации ребенка.

Предметом детской клинической психологии выступает изучение любых возможных нарушений психического развития детей, их механизмов и закономерностей, а также обеспечение оптимальной системы позитивных психологических воздействий с учетом всех обстоятельств, сопутствующих обследованию и лечению ребенка. Причины нарушений психического развития могут быть самыми разными, поэтому психологу необходимо учитывать всю совокупность сведений о ребенке, охватывающую как биологические, так и социальные факторы его развития.

Данное пособие знакомит с основными понятиями детской клинической психологии, раскрывает наиболее значимые направления деятельности клинического психолога в работе с детьми и дает обзорную информацию, касающуюся закономерностей нарушенного развития в детском возрасте.

В пособии представлены клинико-психологические характеристики основных видов детской психопатологии, закономерности их возникновения, раскрываются способы и методы психологической диагностики нарушенного развития.

Учебное пособие включает план практических занятий со студентами, содержит разнообразные задания для контроля знаний.



---

---

## Раздел 1

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

#### Тема 1. История детской клинической психологии, предмет, задачи, основные понятия. Принципы и методы исследования

##### Аннотация

История возникновения «детской клинической психологии». Работы Ж. Э. Д. Эскироль об умственной отсталости, Ж. Игара, Э. Сегена, А. Бине, М. Монтессори о диагностике и развитии. Нозологический подход в психиатрии (Э. Крепелин). Психоанализ об исследовании психического неблагополучия. Развитие детской клинической психологии в России, морфо-функциональный подход В.М. Бехтерева, работы Г.Я. Трошина, естественно-научное направление в трудах А.П. Нечаева, Н.Е. Румянцева, Г.И. Россолимо и других. Исследования в детской клинической психологии в 1930–1940-е гг. и во второй половине 20-го века, влияние генетики и нейронаук.

**Ключевые слова:** детская клиническая психология, психиатрия, психоанализ, детская психология, педология, дефектология, нозологический подход, психодиагностический, коррекционный, естественно-научный, системный и социокультурный подходы.

##### Методические рекомендации по изучению темы

- Студентам рекомендуется ознакомиться с лекционной частью, где даются общие представления по теме;

- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать рефераты по теме и выступить с устными докладами;
- Для проверки усвоения темы студенты могут ответить на вопросы и выполнить задания по теме.

## Глоссарий

**Детская клиническая психология** – дисциплина, изучающая с помощью психологических методов влияния различных отклонений и нарушений в психическом и соматическом развитии на личность и поведение ребёнка, а также их профилактику и коррекцию.

**Детская психология** – отрасль психологии, изучающая содержание развития ребенка в каждом психологическом возрасте, закономерности перехода от одного психологического возраста к другому и движущие причины, от которых зависит этот процесс.

**Дефектология** – наука о психофизических особенностях развития детей с психическими и физическими недостатками, закономерностях их обучения и воспитания.

**Естественно-научный подход** – основан на рациональном познании действительности.

**Коррекционный подход** – направлен на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия.

**Нозологический подход** – стремление медицинских теоретиков и клиницистов к выделению нозологической единицы (заболевания), для которой характерно наличие определенной причины, однозначного патогенеза и типичных внешних проявлений и специфических структурных нарушений в тканях и органах.

**Педология** – направление в науке, ставившее своей целью объединить подходы различных наук к развитию ребёнка.



**Психиатрия** – область медицины, изучающая причины психических заболеваний, их проявления, способы лечения и предупреждения.

**Психоанализ** – 1) Учение и психотерапевтическая практика З. Фрейда; 2) Теоретическое направление в психологии и пограничных дисциплинах, восходящее к идеям З. Фрейда; 3) Особая методология исследования психики; 4) Психотерапевтический метод З. Фрейда; 5) Разнообразные психоаналитически ориентированные идеи, концепции, учения, методологии, методы, методики, техники, психотерапии, направления, течения и школы.

**Психодиагностический подход** – разрабатывает теорию, принципы и инструменты оценки и измерения индивидуально-психологических особенностей личности.

**Системный подход** – направление методологии научного познания, в основе которого лежит рассмотрение объекта как системы: целостного комплекса взаимосвязанных элементов; совокупности взаимодействующих объектов; совокупности сущностей и отношений.

**Социо-культурный подход** – основан на рассмотрении общества как единства культуры и социальности, образуемых и преобразуемых деятельностью человека (частный случай системного подхода).

### **Сокращения**

**МКБ-10** – Международная классификация болезней, 10-й пересмотр

**СДВГ** – синдром дефицита внимания и гиперактивности

**ММД** – минимальные мозговые дисфункции

### **Содержание лекции**

Клиническая психология детей и подростков представляет собой часть клинической психологии и является междисциплинарной областью знаний и практической деятельности.

Дети с аномальным развитием рождались во все времена. Уровень их адаптации и сама возможность жить были связаны с конкретными историческими условиями, а также с уровнем гуманности общества и его экономическим развитием. Возможность выживания таких детей стала более вероятной в начале XIX в., что связано с развитием медицины и, в частности, психиатрии. Термин **«детская клиническая психология»** появился относительно недавно, ближе к середине XX в. Развитие этой области тесно связано с формированием **детской психиатрии и дефектологии**.

В конце XVIII в. были выделены нарушения развития в связи с сенсорной патологией (слепота, глухота), а к началу XIX в. единственной формой психической патологии у детей считалась умственная отсталость. Автором одного из первых научных трудов об умственной отсталости (1839) был известный французский психиатр Ж. Э. Д. Эскироль (1772–1840). В основу классификации умственной отсталости он положил уровень развития речи. Клиническая оценка детей была недостаточной для их дальнейшего развития и обучения. Требовались особые условия воспитания и образования.

Среди специалистов, обеспечивших средства диагностики и развития, следует выделить Ж. Итара (1775–1838) и Э. Сегена (1812–1881), чьи разработки используются в работе психологов и дефектологов с аномальными детьми и в настоящее время. На следующем этапе больших успехов в диагностике количественных отклонений развития и обучении добились А. Бине (1857–1911) и М. Монтессори (1870–1952). Шкала Стенфорд – Бине была рассчитана на детей в возрасте от 2,5 до 18 лет. Она состояла из заданий разной трудности, сгруппированных по возрастным критериям (**психо-диагностический и коррекционный подход**).

Развитие **нозологического подхода** в психиатрии, связанное с именем Э. Крепелина (1856–1926), поставило вопрос

о возможности существования у детей таких же психических болезней, как у взрослых: шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивного психоза, неврозов, психопатий. Подтверждение требовало специальных исследований. Развитие анатомии и неврологии высветило проблемы органического поражения центральной нервной системы и их последствий для развития ребенка. Интерес к детству как источнику психического неблагополучия взрослых возник с работами З. Фрейда (1856–1939). Примерно в это же время отечественный ученый В.М. Бехтерев (1857–1927) писал о значении морфофункциональных нарушений и, как сейчас бы назвали, нарушений социально-психологических параметров для нормального развития младенца.

**Детский психоанализ** также внес свою лепту в становление детской клинической психологии (А. Фрейд, 1895–1982; М. Кляйн (1882–1960).

Развитие психологии, в первую очередь детской психологии, поставило вопрос о законах развития в норме и при разных вариантах патологии. Эта проблема рассматривалась такими учеными, как С. Холл (1844–1924), В. Штерн (1871–1938), Г. Я. Трошин (1874–1939), Н. И. Озерецкий (1893–1955), Ж. Пиаже (1896–1980), Л.С. Выготский (1896–1934), Ш. Бюлер (1893–1974) и другими.

**Детская психология и педология**, как науки о ребенке, внесли большой вклад в решение основных задач изучения разных вариантов аномального развития. Педология дала инструмент для количественной оценки психомоторного и интеллектуального развития ребенка при решении вопроса об образовательной стратегии: шкала Бине–Симона (1873–1961), шкала Озерецкого (1926) и другие.

Задачи специалистов на ранних этапах становления клинической психологии детей и подростков – диагностика нарушений и количественная оценка степени их выраженно-

сти. Наряду с этим стояли вопросы воспитания, обучения, курирования и лечения аномальных детей и подростков. Кроме того, большое значение придавалось изучению этиологии нарушений развития, а также общим закономерностям нарушенного развития.

Интересно проследить развитие детской клинической психологии в России. В 1906 г. Г.Я. Трошин создал первую в России школу-лечебницу для детей с отклонениями в развитии, разрабатывал систему воспитания детей с аномальным развитием. Г.Я. Трошин – автор подхода к анализу психического развития аномального ребенка с опорой на сопоставление психического развития нормально развивающихся детей и детей с отклонениями. Сопоставление закономерностей психического развития детей в норме и патологии позволило Г.Я. Трошину утверждать, что патологическое развитие не является полностью специфическим, а представляет собой отклонение от нормы, следовательно, в медико-педагогической помощи детям с отклонениями следует ориентироваться на компенсаторные возможности ребенка, а не на дефект, стараться довести психическое развитие ребенка до уровня нормы.

Сторонники **естественно-научного подхода** в развитии отечественной психологии (А.П. Нечаев, Н.Е. Румянцев, Г.И. Россолимо и другие), так же как их западные коллеги, способствовали распространению идей тестирования, нередко возлагая на тесты большие надежды. Работы по психологическому тестированию в России до 1917 г. были связаны более всего с именами выдающихся психиатров и психологов Г.И. Россолимо (1908 – шкала «Психологические профили Г.И. Россолимо») и Ф.Е. Рыбакова (1910 – «Атлас для экспериментально-психологического исследования личности»). Г.И. Россолимо (1860–1928), конструируя тест, шел не эмпирическим путем, а разработал систему теоретических пред-

ставлений о структуре личности и интеллекта. Ф. Е. Рыбаков (1868–1920) является одним из основателей отечественной экспериментальной клинической психологии.

В отечественной психологии в отношении работы с аномальными детьми возникли большие трудности после известного постановления «О педологических извращениях в системе Наркомпроса» (1936). Все количественные методы оценки развития оказались под запретом, также были уничтожены наработки по воспитанию и обучению аномальных детей. Отбор детей в специализированные школы стал проводиться психиатрами, а не педологами или психологами. Такое положение дел определило развитие психологии аномального ребенка в сторону углубленной разработки методов качественного анализа нарушенного онтогенеза. Однако, уже в послевоенное время активно развивается дефектология, изучается умственная отсталость, немного позже начинают изучать генетические и наследственные формы психической патологии и умственной отсталости.

В 1950-е гг. опять начинает формироваться **системный подход** к работе с аномальным ребенком, изучаются, прежде всего, различные формы умственной отсталости, а также другие варианты нарушенного развития (С.Я. Рубинштейн, М.С. Певзнер, Г.Е. Сухарева и другие).

В 1930–1940-е гг. за рубежом были хорошо разработаны методы для совместной работы психологов, дефектологов, психиатров и неврологов при проведении оценки психического состояния и прогноза развития и обучения аномальных детей и подростков. Это касалось умственной отсталости, психической патологии, невротических расстройств (В. Штерн, Ш. Бюлер, Ж. Пиаже).

В это же время большой интерес вызвали нарушения развития детей и подростков в условиях депривации (от З. Фрейда и Р. Спиза к Дж. Боулби). Новый всплеск интереса

к аномальному развитию можно отметить в 1950–1970-е гг. На первый план вышли другие нарушения развития, вызванные появлением новых форм патологии в связи с цивилизационными изменениями (рост городского населения, улучшение медицинского обслуживания, новый уровень технического прогресса) – **социо-культурный подход**. Кроме того, выхаживание младенцев с различной врожденной патологией (недоношенность, врожденные пороки развития, состояния после патологически протекающей беременности и родов) также способствовало возникновению значительного количества мало встречающихся ранее или новых видов патологии развития. Это привело к новым требованиям к диспансеризации и диагностике, к необходимости отдельного и специализированного обучения нормальных и аномальных детей.

В 1960-е гг. и позднее были выделены новые формы нарушенного развития в виде минимальных мозговых дисфункций (ММД) (год появления термина VVL – 1962), а позже – синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (год появления термина СДВГ – 1987). Задержанное развитие стало рассматриваться более дифференцированно, так же как и другие формы отклонений (недоразвитие, аутизм, психопатии, невропатии, нарушения аффективного развития, психосоматические расстройства). Серьезное внимание уделяется влиянию семейных взаимоотношений на развитие патологических черт, изучается динамика функционирования семьи, имеющей больного ребенка.

Одновременно на психологию аномального развития оказывало влияние развитие генетики и нейронаук. Появились новые направления диагностики – верификация генетической патологии, применение нейрофизиологических и нейропсихологических методов. Возникает вопрос о взаимодействии болезни и продолжающегося развития, возможные варианты такого взаимодействия могут выступать в виде дефицита, де-

фекта и дизонтогенеза. Значение приобретают установление структуры дефекта, выделение типов дизонтогенеза и факторов его определяющих. Внимание специалистов привлекают проблемы возможностей компенсации дефекта, коррекции нарушенного развития и реабилитации (К.С. Лебединская, М.С. Певзнер, Л. С. Цветкова, Т.В. Ахутина, Д.Н. Исаев, И.И. Мамайчук, И.Ю. Левченко и другие).

В 1980 – 1990-е гг. встал со всей остротой вопрос о социализации аномальных детей и подростков. Введение МКБ-10 внесло свои коррективы в диагностику и последующее курирование аномальных детей и подростков. Введена шкала нарушений развития, изменены параметры оценки основных нозологических форм для детского и подросткового возраста.

Улучшение аппаратурной диагностики нарушений, развитие генетики, нейронаук и психологии привели к выделению большего количества патологических вариантов развития, связанных с разными этиологическими факторами. Гуманизация общества, развитие социальной педагогики потребовали новых форм сопровождения аномальных детей. В связи с этим актуальными стали вопросы инклюзивного (интегративного) образования. В настоящее время глобализация, усиление роли средств массовой информации, развитие дистанционных форм обучения и средств коммуникации, уменьшение реального общения детей с родителями и детей между собой привели к созданию новой социальной ситуации развития и изменению традиционного психического развития ребенка. Современное общество предъявляет к ребенку новые требования по усвоению и переработке информации (когнитивной и социальной), в том числе и в «облегченном» или, напротив, «усложненном» варианте. Это приводит к существенному изменению нагрузки на когнитивную сферу.

Как показывает клинический опыт, адаптация к этим условиям может быть различной, в том числе и патологиче-

ской. Неуспешность когнитивной адаптации (в том числе трудности обучения) может приводить к усилению уже имеющейся патологии психики или способствовать возникновению новых форм нарушенного развития, например, усиление развития познавательной сферы с одновременной инфантилизацией, или, напротив, снижение возможностей работы в наглядно-действенном плане (отдельно – изменение символической функции).

Дополнительно к социокультурным факторам, меняющим картину заболевания, с 1950-х гг. активно действует фактор психофармакологический, применяются новые способы лечения нервно-психической патологии с использованием психофармакологических лекарственных средств, что ведет к изменению клинических форм психических заболеваний.

### **Вопросы и задания**

1. Как осуществлялась диагностика нарушенного развития в конце 19 в.?
2. Назовите основные этапы в развитии детской клинической психологии.
3. Как происходило развитие детской клинической психологии в России?
4. Как формировалась детская клиническая психология за рубежом?
5. Кто из российских ученых внес вклад в развитие детской клинической психологии? В чем он выразался?



## **Темы рефератов**

1. Становление психодиагностического подхода в детской клинической психологии.
2. Детская клиническая психология: современное состояние.
3. Становление детской нейропсихологии.
4. Гуманизация общества и ее влияние на развитие клинического мышления.
5. Актуальные проблемы детской клинической психологии.

## **Список литературы**

1. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
3. Лакошина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
4. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
5. Ремшидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624с.
6. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

## **Использованные информационные ресурсы**

- [http://www.medpsy.ru/books/book39\\_2.pdf](http://www.medpsy.ru/books/book39_2.pdf)  
[http://www.medpsy.ru/mpj/archiv\\_global/2011\\_6\\_11/nomer/nomer26.php](http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer26.php)

## **Тема 2. Предмет, задачи, основные понятия в детской клинической психологии**

### **Аннотация**

Предмет детской клинической психологии, ее задачи. Детская клиническая психология как междисциплинарная

область знаний. Связь с медицинскими науками – психиатрией, педиатрией, неврологией, хирургией, онкологией и так далее. Влияние смежных психологических дисциплин: возрастной, педагогической психологии, общей психологии, психологии личности. Основные разделы детской клинической психологии. Патопсихология, ее теоретические проблемы и практические задачи. Детская нейропсихология, ее теоретические основы и принципы. Специальная психология. Детская психосоматика, задачи детской психосоматики. Психологическая коррекция и психотерапия. Виды практической деятельности клинического психолога в работе с детьми и подростками: клинико-диагностическая, коррекционная, экспертная, консультативная, психотерапевтическая, деятельность сопровождения. Основные понятия детской клинической психологии: симптом, синдром, нозология, норма, патология, патогенез, дефект.

**Ключевые слова:** предмет, задачи детской клинической психологии, патопсихология, нейропсихология, специальная психология, психосоматика, психологическая коррекция и психотерапия, патология, норма, нозология, патогенез, симптом, синдром, дефект

### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с лекционной частью, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать рефераты по теме и выступить с устными докладами;
- Для проверки усвоения темы студенты могут ответить на вопросы и выполнить задания по теме.

### **Глоссарий**

**Дефект** – необратимое нарушение любой психической функции.

**Нейропсихология** – междисциплинарное научное направление, лежащее на стыке психологии и нейронауки, нацелена на понимание связи структуры и функционирования головного мозга с психическими процессами и поведением живых существ.

**Нозология** – учение о болезнях и их классификациях.

**Норма** – это адаптивное взаимодействие с реальностью с учетом социальной роли, разделяемой групповым сознанием.

**Патогенез** – это учение об общих принципах, закономерностях развития, течения и исхода заболевания (изучение присущих заболеванию патогенетических механизмов), механизм развития какого-либо конкретного заболевания, болезненного процесса, состояния.

**Патология** – устойчивое отклонение от нормы, имеющее отрицательное для организма биологическое значение и проявляющееся клинико-психопатологической симптоматикой и социальной дезадаптацией.

**Патопсихология** – практическая отрасль клинической психологии, которая изучает расстройства психических процессов и состояний психологическими методами, осуществляя анализ патологических изменений на основе сопоставления с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме.

**Преморбид** – предшествующее и способствующее развитию болезни состояние, когда защитные и приспособительные силы организма перенапряжены или резко ослаблены.

**Психологическая коррекция** – один из видов психологической помощи; деятельность, направленная на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также – деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям.

**Психосоматика** – направление в медицине (психосоматическая медицина) и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний.

**Психотерапия** – система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека, часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных эмоциональных, личностных, социальных проблем.

**Симптом** – качественное и количественное изменение протекания психических процессов. Будучи признаком болезни, сам по себе симптом не обладает нозологической специфичностью, она приобретает симптомом лишь в структуре синдрома.

**Синдром** – система взаимосвязанных в патогенезе симптомов болезни.

**Специальная психология** – область психологии развития, изучающая особые состояния, возникающие преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов (органической или функциональной природы), проявляющихся в замедлении или выраженном своеобразии психосоциального развития ребёнка, затрудняющих его социально-психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее профессиональное самоопределение.

### **Содержание лекции**

**Предметом** детской клинической психологии выступает изучение любых возможных нарушений психического развития детей, их механизмов и закономерностей, а также обеспечение оптимальной системы позитивных психологических воздействий с учетом всех обстоятельств, сопутствующих обследованию и лечению ребенка. Причины нарушений психического развития могут быть самыми разными, поэтому психологу необходимо учитывать всю совокупность сведе-

ний о ребенке, охватывающую как биологические, так и социальные факторы его развития.

Центральными **задачами** детской клинической психологии являются:

1. Определение уровня психического развития ребенка, соответствие психического развития возрастным нормам.

2. Выявление патологических особенностей психического развития и дифференциальная диагностика характера психических нарушений ребенка.

3. Исследование психологических особенностей детей, страдающих разными заболеваниями, определение соотношения биологических и социальных факторов, оказывающих влияние на характер психического развития ребенка при разных заболеваниях.

4. Психологическая коррекция обнаруженных нарушений психической деятельности и профилактика возникновения отклонений в психическом развитии ребенка.

5. Изучение особенностей взаимодействия больного ребенка, его родителей/опекунов с медицинским персоналом.

6. Получение данных о психической деятельности ребенка для осуществления различного рода экспертиз.

Предмет «детская клиническая психология» относится к междисциплинарной, пограничной области исследований. С одной стороны, дисциплина является разделом клинической психологии, которая, в свою очередь, тесно связана с медицинскими науками – психиатрией, педиатрией, неврологией, хирургией, онкологией и так далее. С другой стороны, детская клиническая психология опирается на знания, полученные из других смежных дисциплин: возрастной, педагогической психологии, общей психологии, психологии личности. При решении вопросов об обучаемости ребенка необходима связь с исследованиями в области дефектологии и логопедии. Рассматривая вопросы корригирующих воз-

действий на ребенка, у которого наблюдаются отклонения в психическом развитии, затрагивается область психотерапии и педагогики.

Детская клиническая психология включает такие разделы как детская патопсихология, нейропсихология, специальная психология, психосоматика, психокоррекция, психотерапия, психология лечебно-диагностического процесса. Каждый из этих разделов клинической психологии, представляя собой обширную область знаний, имеет, по сути, свой собственный предмет исследования и требует отдельного и пристального изучения.

**Патопсихология**, например, позволяет выявлять признаки, а также закономерности и механизмы нарушения психической деятельности у детей, в связи с наличием душевных заболеваний, патологии мозга и особых условий развития. Теоретические проблемы патопсихологии детского возраста связаны с вопросами соотношения биологического и социального в психике человека, нормы и патологии, развития и распада психики. Практическими задачами детской патопсихологии являются диагностика уровня развития, квалификация видов дизонтогенеза, решение экспертных вопросов, в частности, в связи с проблемой школьного обучения, профилактика нарушений в детском возрасте, работа с семьей и психологическая коррекция, абилитация и реабилитация детей и подростков с нарушенным развитием. В детской патопсихологии особое внимание уделяется изучению возрастнo-специфических видов отклонений развития, психологическим характеристикам отдельных форм психических расстройств в детском возрасте.

**Детская нейропсихология** представляет собой часть нейропсихологии, изучающей мозговые механизмы высших психических функций и эмоционально-личностной сферы. Теоретическую основу нейропсихологии составляет

представление о том, что все психические процессы имеют сложное многокомпонентное строение и опираются на работу многих мозговых структур, каждая из которых вносит свой специфический вклад в их протекание. В детской нейропсихологии при изучении взаимосвязи формирования высших психических функций и созревания нервной системы опорными являются те же основные принципы, разработанные в школе Л. С. Выготского – А. Р. Лурия, что и в нейропсихологии вообще. Базовым является представление о высших психических функциях и их системной динамической локализации. Существенное отличие детской нейропсихологии от взрослой связано с тем, что высшие психические функции (прижизненно формирующиеся) находятся в развитии на основе созревания ЦНС. Детский мозг отличается высокой пластичностью, позволяющей преодолевать и компенсировать разнообразные отклонения в его работе. Детские нейропсихологи изучают мозговую локализацию высших психических функций в возрастном аспекте, специфику расстройств при органических повреждениях и других нарушениях работы мозга в детском возрасте. Нейропсихологический подход позволяет изучать индивидуальные варианты развития в детском возрасте в связи со спецификой созревания мозга и особенностями его структурно-функциональной организации. Метод синдромного анализа является одним из наиболее успешных при решении задач диагностики и коррекции детей с отклонениями в развитии и позволяет наиболее эффективно оценить уровень актуального развития ребенка. Использование любого метода, направленного на диагностику отклонений в развитии, требует знания особенностей выполнения проб здоровыми детьми того же возраста. Понимание закономерностей нормального нейро-онтогенеза также позволяет не только количественно, но и качественно проанализировать особенности нейропсихологического статуса детей с нарушениями развития. Знание особенностей

нейро- психологического статуса детей с разными вариантами текущей и резидуально-органической патологии обеспечивает возможность оптимального выбора коррекционных и психотерапевтических техник.

**Специальная психология** изучает то, как ведет себя процесс психического развития в различных неблагоприятных условиях.

**Детская психосоматика** возникла как область клинической психологии и общей психосоматики относительно недавно. Она дает представление о работе психолога в соматической клинике. Основные задачи детской психосоматики: диагностика психологических особенностей больного ребенка, влияние болезни на развитие психики ребенка. В рамках детской психосоматики освещаются и развиваются следующие проблемы: развитие телесности в онтогенезе, роль социальных факторов в генезе детских психосоматических заболеваний, формирование понятий «внутренняя картина болезни» и «внутренняя картина здоровья» на различных возрастных этапах, влияние детско-родительских отношений на течение заболевания, феномен госпитализма и пути его преодоления. В детской психосоматике можно условно выделить направления диагностической, коррекционной и реабилитационной работы в педиатрическом, хирургическом, онкологическом и других стационарах. Рассматриваются общие закономерности и частные случаи психологической работы в соматической и психосоматической детской больнице. Намечаются пути реабилитационной и коррекционной работы с соматически больными детьми. Значимым направлением работы является оказание психологической помощи семьям больных детей.

**Психологическая коррекция и психотерапия** в течение многих лет обращена в сторону семьи, в том числе семьи, имеющей ребенка с особыми характеристиками. В рамках детской клинической психологии применяется значительное



число современных психо-коррекционных технологий и психотерапевтических подходов.

Основное содержание работы специалистов детской клинической психологии связано с диагностикой отклоняющегося развития, психологической квалификацией, участием в комплексной постановке клинического диагноза, оказанием помощи в лечебных мероприятиях (разработка вариантов психолого-педагогического сопровождения, коррекционных и реабилитационных мероприятий) и в динамической диагностике состояния. Значительный объем работы связан с диагностикой уровня психического развития ребенка и его оценкой в соответствии с нормой развития. Самостоятельная часть работы связана с установлением возможностей обучения ребенка (определение программ, форм и условий обучения). Отдельный пласт деятельности составляет оценка и коррекция детско-родительских и родительско-детских отношений, а также комплексная работа с семьей по преодолению стресса, связанного с болезнью ребенка, с сохранением качества жизни всех членов семьи.

Клинические психологи, работающие с детьми и подростками с нарушенным развитием, ограниченными возможностями здоровья и пограничными состояниями, должны осуществлять следующие виды практической деятельности: диагностическую, коррекционную, экспертную, психотерапевтическую, а также восстановительное обучение. Все виды деятельности имеют неодинаковое значение (удельный вес, процент в работе клинического психолога).

Кратко раскроем основные виды практической деятельности (типы задач), которые осуществляет специалист в области клинической психологии детей и подростков:

- клинко-диагностическая – это выявление и описание структуры дефекта; конкретные формы зависят от использования диагностических методик;

- коррекционная – это система мер психологической помощи, направленная на улучшение протекания отдельных психических функций или их структурных элементов, обеспечивающих поведение (например, обучение определенным социальным навыкам и т. д.) и обучение детей и подростков с проблемами (концентрация внимания, объем памяти и т. п.);
- экспертная – это оценка уровня развития ребенка с помощью качественного и количественного анализа и с применением соответствующих методик (клинических, проективных, психометрических и т. п.);
- консультативная – это консультирование детей и их родителей по проблемам развития ребенка, коррекции выявленных нарушений и психотерапевтической поддержки, поддержка и консультирование семьи;
- психотерапевтическая – это участие в психотерапевтических сеансах, кратковременных и долговременных, с детьми и подростками и их семьей и окружением;
- деятельность сопровождения – психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушенным развитием, ограниченными возможностями здоровья и детей с особыми образовательными потребностями.

Основные понятия клинической психологии:

**Патология** – устойчивое отклонение от нормы, имеющее отрицательное для организма биологическое значение и проявляющееся клинко-психопатологической симптоматикой и социальной дезадаптацией.

**Норма** – это адаптивное взаимодействие с реальностью с учетом социальной роли, разделяемой групповым сознанием.

**Нозология** – учение о болезнях и их классификациях.

**Симптом** – качественное и количественное изменение протекания психических процессов. Будучи признаком болезни, сам по себе симптом не обладает нозологической специфичностью, она приобретает симптомом лишь в структуре синдрома.

**Синдром** – система взаимосвязанных в патогенезе симптомов болезни. Развитие психического заболевания сопровождается увеличением числа симптомов, возникновением новых, изменениями в их взаимоотношениях, что приводит к превращению одного синдрома в другой. Смена синдромов отражает специфический для заболевания механизм развития патологического процесса.

**Патогенез** – это учение об общих принципах, закономерностях развития, течения и исхода заболевания (изучение присущих заболеванию патогенетических механизмов), механизм развития какого-либо конкретного заболевания, болезненного процесса, состояния.

**Дефект** – необратимое нарушение любой психической функции.

**Преморбид** – предшествующее и способствующее развитию болезни состояние, когда защитные и приспособительные силы организма перенапряжены или резко ослаблены.

### **Вопросы и задания**

1. Что является предметом детской клинической психологии?
2. Назовите основные разделы детской клинической психологии.
3. Каковы междисциплинарные связи детской клинической психологии?
4. Перечислите задачи детской клинической психологии.
5. Основные понятия клинической психологии.
6. Виды практической деятельности психолога в клинике.

### **Темы рефератов**

1. Психопатология и патопсихология, их взаимосвязь.
2. Экспертная деятельность клинического психолога: виды и задачи.

3. Участие психолога в медико-психолого-педагогической комиссии.
4. Деятельность психолога в соматической клинике.
5. Содержание клинико-диагностической деятельности психолога.

### **Список литературы**

1. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
3. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
4. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
5. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

### **Использованные информационные ресурсы**

- [http://www.medpsy.ru/books/book39\\_2.pdf](http://www.medpsy.ru/books/book39_2.pdf)  
[http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_6\\_11/nomer/nomer26.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer26.php)

## **Тема 3. Принципы и методы исследования в детской клинической психологии**

### **Аннотация**

Принципы исследования детей и подростков в детской клинической психологии: сравнительность, комплексность, системный качественный анализ психической деятельности, принцип динамического изучения ребенка. Проблемный и психодиагностический подходы к исследованию. Задачи проблемного и психодиагностического подходов. Классификация методов, используемая в клинической диагностической работе с ребенком. Наблюдение и клиническая беседа.

Понятие анамнез, субъективный и объективный анамнез. Направленность клинической беседы, ее цель. Эксперимент и его виды: патопсихологический и нейропсихологический эксперименты. Задачи пато- и нейропсихологического исследования. Вклад Б.В. Зейгарник и А.Р. Лурии в разработку пато- и нейропсихологического экспериментов.

**Ключевые слова:** методы, принципы исследования, наблюдение, эксперимент, клиническая беседа

### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с лекционной частью, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать рефераты по теме и выступить с устными докладами;
- Для проверки усвоения темы студенты могут ответить на вопросы и выполнить задания по теме.

### **Глоссарий**

**Методы исследования** – это те приемы и средства, с помощью которых ученые получают достоверные сведения, используемые далее для построения научных теорий и разработки практических рекомендаций.

**Принципы исследования** – это правила, которым следуют при осуществлении той или иной деятельности.

**Наблюдение** – описательный психологический исследовательский метод, заключающийся в целенаправленном и организованном восприятии и регистрации поведения изучаемого объекта. Наблюдение – организованное, целенаправленное, фиксируемое восприятие психических явлений с целью их изучения в определённых условиях.

**Эксперимент** – метод исследования некоторого явления в управляемых условиях, отличается от наблюдения активным взаимодействием с изучаемым объектом.

**Клиническая беседа** – метод получения информации посредством устного опроса клиента и проведения терапевтической беседы при оказании психологической, психиатрической и медицинской помощи.

### **Сокращения**

**ВПФ** – высшая психическая функция

**ЭЛС** – эмоционально-личностная сфера

### **Содержание лекций**

Исследуя особенности психической деятельности ребенка, специфику его индивидуального развития, психолог сталкивается с определенными затруднениями. Они связаны с тем, во-первых, что отдельные методики дают представление о частных проявлениях психических процессов и не дают целостного представления о характере психического развития ребенка. Во-вторых, отклонение от общественно одобряемых норм может быть связано с самыми разными факторами и носить эндогенный или экзогенный характер. В-третьих, исследование ребенка следует всегда проводить в контексте его социальной ситуации развития. В связи с этим, при исследовании ребенка, имеющего те или иные нарушения в психической сфере, психологом должны быть реализованы следующие **принципы**:

1. Принцип сравнительности. Он означает, что результаты исследования должны быть сопоставлены с аналогичными данными, полученными на такой же по возрасту выборке нормальных детей.

2. Комплексность – всесторонность изучения ребенка, подразумевающая исследование не только изолированно взятой функции, но и ее взаимосвязи с другими психическими процессами. Кроме того, комплексность подразумевает использование всех имеющихся сведений о ребенке: клинических, педагогических, полученных в результате беседы или наблюдения.

3. Системный качественный анализ психической деятельности. Основное содержание системного подхода было разработано Л.С. Выготским, по мысли которого «...системный анализ в процессе психологической диагностики предполагает, прежде всего обнаружение не просто отдельных проявлений нарушения психического развития, а связей между ними, определение их причин, установление иерархии обнаруженных недостатков или отклонений в психическом развитии...» (Л.С. Выготский, 1989, С. 51).

4. Принцип динамического изучения ребенка в сочетании с качественным анализом результатов психодиагностики. Психические явления могут изучаться только в развитии – основной форме их существования, при этом психолог должен не только фиксировать, выполнено или не выполнено задание, но и пытаться раскрывать внутренний механизм, процесс, благодаря которому ребенок сумел или не сумел справиться с заданием. Качественный подход предполагает выявление не только негативных сторон в психологическом портрете ребенка, но и, что особенно важно, обнаруживать позитивные элементы его развития, сохраненные стороны, составляющие его потенциал, на который следует опереться в процессе обучения и воспитания ребенка.

В исследовании детей большую роль играют особенности возрастных проявлений, отражающие патологически измененные проявления нормального возрастного развития. Поэтому, прежде всего, необходимо исследовать те психологические образования, которые на данном возрастном этапе играют определяющую роль в психическом развитии ребенка. При данном подходе психолога интересуют следующие параметры:

1. Имеется ли проблема;
2. У кого она выражена в большей степени (кого волнует данная проблема: родителя, учителя, самого ребенка или кого то еще);
3. Каковы пути решения данной проблемы.

Проблемный подход является эффективным при решении задач, связанных с нарушениями поведения, негативными личностными особенностями и так далее. Проблемный подход позволяет определиться со сферой приложения усилий психолога, выявить позицию ребенка и других участников проблемной ситуации.

Второй подход к исследованию нарушения психических процессов ребенка – психодиагностический. Основы этого подхода в отечественной психологии разработали Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник, В.М. Блейхер, Л.Ф. Бурлачук, В.В. Лебединский, С.Я. Рубинштейн и другие. При психодиагностическом подходе к исследованию перед психологом выдвигаются следующие **задачи**:

- 1) подробное исследование функций психических процессов и обнаружение имеющихся отклонений;
- 2) определение возможности улучшения результатов при оказании помощи;
- 3) диагностика личностных особенностей ребенка;
- 4) соотнесение полученных результатов с нормативными и установление «психологического диагноза»;
- 5) определение возможностей оптимизации процесса развития ребенка и путей решения его социальных проблем.

Применение данного подхода целесообразно в случае решения экспертных вопросов, проблем, связанных с обучаемостью и выбором места обучения, в случаях, когда высока вероятность, что у ребенка имеется отклонение в психическом развитии, при необходимости проведения психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, при выяснении причин социальной дезадаптации ребенка.

Поскольку психика ребенка находится в постоянном развитии, при исследовании ребенка следует различать два вида симптомов: первичные, непосредственно связанные с влиянием болезни, и вторичные, являющиеся результатом нарушения развития под влиянием болезненного процесса.



В связи со сказанным выше, выбор методов исследования нарушения психических процессов, отклонения в психическом развитии ребенка представляет собой большую трудность, чем исследование взрослого пациента.

В.М. Блейхер и Л.Ф. Бурлачук (1986) была предложена следующая классификация методов, используемая в клинической диагностической работе с ребенком:

1. Наблюдение и близкие к нему методы (изучение биографии, клиническая беседа, сбор анамнеза и так далее).

2. Специальные экспериментальные методы (моделирование определенных видов деятельности, ситуаций, некоторые аппаратные методики). Для выявления структуры нарушенного развития, определения особенностей мозговых механизмов высших психических функций в клинической практике используются патопсихологический и нейропсихологический эксперименты.

3. Личностные опросники (методы, базирующиеся на самооценке).

4. Проективные методы.

В клинической практике эти методы исследования приобретают определенную специфику, поэтому рассмотрим некоторые из них более подробно.

**Клиническая беседа** позволяет получить сведения о состоянии ребенка, его заболевании, факторах, оказывающихотягчающее влияние на психическое развитие ребенка, а также о его социальной ситуации развития, социальном поведении ребенка и его адаптации к окружающей среде.

Клиническая беседа может проводиться с самим ребенком, а также с его родителями, родственниками/опекунами. В психиатрии при сборе данных о ребенке используют понятие «анамнез». Анамнез представляет собой историю болезни пациента. В клинической беседе психолог может собрать психологический анамнез, то есть исследовать то, как проис-

ходило психическое развитие ребенка, как трансформировались его психологические симптомы и переживания на протяжении его жизни.

Клиническая беседа может включать в себя вопросы, касающиеся актуального состояния и актуальных переживаний ребенка. В том числе важно выяснить, как началось состояние (внезапно, постепенно, исподволь), какова его симптоматика с точки зрения самого ребенка или с точки зрения родственников, что было провоцирующим фактором, что представляли собой отягчающие факторы. При сборе таких данных важно обращать внимание настораживающие моменты: риск суицидального и самоповреждающего поведения, употребления наркотических веществ или алкоголя, нарушения восприятия, ориентировки и мышления, а также возможные последствия психических или психосоматических заболеваний.

В беседе с родственниками можно прояснить, как протекало развитие ребенка в ранние периоды его жизни, во время возрастных кризисов, важно собрать информацию о наличии задержек в развитии навыков (ходьба, речь и так далее), о трудностях воспитания и поведения. Необходимо выяснить особенности социального поведения ребенка в семье и вне семьи, его интересы, формы проведения досуга.

В клинической беседе с родителями или родственниками можно получить информацию об особенностях семьи ребенка, специфике взаимоотношений, семейных конфликтах и стиле воспитания, получить сведения об особенностях других детей в этой семье, с тем, чтобы сопоставить их с особенностями психических проявлений обследуемого ребенка.

Вопросы клинической беседы должны строиться с учетом возраста обследуемого. Это касается как формы вопросов, так и их содержания. Например, обследуя дошкольника, важно прояснять с родителями вопросы, касающиеся режима, физиологических отклонений ребенка и так далее.

Наблюдение за ребенком может проводиться в естественных условиях: группа детского сада, класс, в котором учится ребенок или отделение в клинике, в котором он обследуется/лечится. Наблюдение может проводиться психологом и другими сотрудниками: постовыми сестрами, педагогом, логопедом и так далее. Результаты наблюдения за ребенком в естественных условиях могут фиксироваться, например, в постовом журнале. Наблюдение в свободных условиях позволяет получить данные о поведении ребенка, характере его взаимоотношений с другими детьми, с взрослыми. В ходе проведения экспериментального исследования ребенка психолог осуществляет наблюдение за ребенком в процессе выполнения им различных заданий, что в сочетании с результатами выполнения заданий дает обширную информацию о структуре психической деятельности ребенка.

Среди специальных экспериментальных методов большее значение имеет **пато- и нейропсихологический эксперимент**.

**Патопсихологический эксперимент** представляет собой тип психологического эксперимента, заключающийся в искусственном создании условий, выявляющих патологические особенности психической деятельности человека. Для него характерен учет психических процессов в строго определенных условиях и возможность заранее планируемых изменений. Б.В. Зейгарник приравнивает патопсихологический эксперимент к широко используемым в соматической медицине функциональным пробам, с помощью которых врачи обычно определяют состояние функций отдельных органов и систем. Роль специфической «нагрузки» принадлежит экспериментальным заданиям, выполнение которых требует актуализации умственных операций. Таким образом, психическая деятельность больного исследуется в связи с ситуацией эксперимента.

**Нейропсихологическое исследование** проводится с целью описания нарушения высших психических функций (ВПФ), эмоционально-личностной сферы (ЭЛС) и сознания, для выделения тех факторов, которые лежат в их основе, Нейропсихологический эксперимент был предложен А.Р. Лурия, им разработана структура эксперимента. На основании проведенного нейропсихологического исследования определяются интенсивность (тяжесть) и экстенсивность (распространенность) состояния, определяется ведущий фактор, обуславливающий нарушения в усвоении.

### **Вопросы и задания**

1. Назовите принципы исследования детей и подростков в детской клинической психологии.
2. В чем состоит принцип системного качественного анализа психической деятельности, приведите пример.
3. В чем различие проблемного и психодиагностического подходов при психологическом исследовании ребенка?
4. В каких случаях вы примените проблемный подход при исследовании ребенка?
5. В чем состоит специфика клинической беседы?

### **Темы рефератов**

1. Структура и задачи нейропсихологического исследования.
2. Организация патопсихологического исследования.
3. Нейропсихологические факторы и их исследование в эксперименте.
4. Проблемный подход в диагностике психических расстройств.
5. Соотношение качественного и количественного в диагностике нарушений развития.

## Список литературы

1. Выготский Л.С. Психологические проблемы диагностики аномального развития. – М., 1989. – С. 51.
2. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
4. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.
6. Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
7. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.
8. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

## Использованные информационные ресурсы

- [http://www.pedlib.ru/Books/3/0205/3\\_0205-2.shtml](http://www.pedlib.ru/Books/3/0205/3_0205-2.shtml)  
[http://www.medpsy.ru/books/book39\\_2.pdf](http://www.medpsy.ru/books/book39_2.pdf)  
[http://www.medpsy.ru/mpj/archiv\\_global/2011\\_6\\_11/nomer/nomer26.php](http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer26.php)

## Тема 4. Проблема нормы и патологии в детской клинической психологии.

### Представление о дизонтогенезе

#### Аннотация

Понятия нормы и патологии, проблема их дифференциации. Субъективный (интуитивно-эмпирический), статистический, культурно-исторический подходы к различению нормы и патологии, подход с точки зрения адаптации и самоактуализации. Функциональная, социальная и индивидуаль-

ная норма. Континуум нормы и патологии, его уровни. Подход к норме и патологии с точки зрения возрастных этапов. Понятия кризис и микрогенез. Условия нормального психического развития. Нормальное и аномальное (отклоняющееся) развитие, дизонтогенез. Факторы дизонтогенеза: биологические и социальные. Факторы, оказывающие влияние на выраженность повреждения: время повреждения, характер повреждения, интенсивность повреждения мозга. Первичный и вторичный дефект.

**Ключевые слова:** интуитивно-эмпирический, статистический, культурно-исторический подход, адаптация, самоактуализация, возраст, кризис, микрогенез, гетерохрония, отклоняющееся развитие, первичный дефект, социальная депривация.

### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с лекционной частью, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать рефераты по теме и выступить с устными докладами;
- Для проверки усвоения темы студенты могут ответить на вопросы и выполнить задания по теме.

### **Глоссарий**

**Адаптация** – процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды.

**Самоактуализация** – стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей.

**Возраст** – это четко ограниченный отрезок времени, в пределах которого особенности физиологических функций организма, его состояние более или менее одинаковы.

**Кризис** – поворотный момент в жизни человека, который возникает как следствие достижения им определенного уров-

ня психологической зрелости и появлением социальных требований, предъявляемых к человеку на этой стадии.

**Микрогенез** – процессы функционирования психики в данный момент, в результате которых происходит накопление мелких изменений.

**Гетерохрония** – естественная неравномерность психического развития.

**Отклоняющееся развитие, дизонтогенез** – развитие, протекающее в неблагоприятных условиях, патогенная сила которых превышает компенсаторные возможности индивида.

**Первичный дефект** – нарушения, непосредственно вытекающие их биологического характера болезни.

**Социальная депривация** – снижение или отсутствие у индивида возможности общаться с другими людьми, – жить, функционально и культурно взаимодействуя с социумом.

### Сокращения

**ЧМТ** – черепно-мозговая травма

### Содержание лекции

Вопросы **нормы и патологии**, здоровья и болезни выступают основными векторами, задающими систему восприятия и критерии оценки состояния ребенка. Категория нормы используется в качестве базового критерия сравнения текущего состояния. Отклонение от нормы рассматривается как патология и болезнь. Проблема нормативности связана еще и с проблемой выбора нормативной группы – людей, чья жизнедеятельность может выступать в качестве стандарта.

Существует несколько подходов к дифференциации патологического. Один из этих подходов можно назвать **субъективным** или **интуитивно-эмпирическим**. В этом случае критерии оценки, как правило, остаются малоосознаваемыми и основой оценки выступает сравнение с собой или с уже имеющимися в опыте примерами.

Другой – **статистический** – подход основан на выявлении частоты встречаемости данного феномена. В этом случае понятия нормы и патологии связаны с кривой распределения частоты признака: чаще встречающийся признак является нормативным и наоборот.

**Культурно-исторический** подход соотносит исследуемый признак с особенностями культуры и эпохи. Таким образом, можно говорить о том, что одно и то же явление в одной и той же культуре может оцениваться по-разному в разные исторические периоды. Либо особенности, характерные для одной культуры, в другой культуре могут восприниматься как отклонения от нормы.

Одним из наиболее часто применяющихся является подход с точки зрения **адаптации**. В рамках данного подхода оценивается способность индивида к приспособлению к окружающей среде, несмотря на объективную тяжесть состояния.

В гуманистической психологии был разработан подход, в котором критерием нормы выступает способность индивида к **самоактуализации**. Предполагается, что самоактуализирующаяся личность характеризуется позитивным восприятием мира, ориентацией на будущее, устойчивой и позитивной самооценкой, толерантностью, чувством юмора и так далее. Однако гуманистический подход не полностью отвечает на вопрос, что помогает человеку формироваться как самоактуализирующейся личности.

Можно говорить о **функциональной** норме – то есть оценивать состояние индивида с точки зрения последствий, либо возможности достижения цели. Можно выделить **социальную** норму – соответствие некоторому принятому в социуме жизненному образцу, либо говорить об **индивидуальной** норме при сравнении состояния человека с его предыдущими состояниями.

Необходимо подчеркнуть, что каждый из перечисленных подходов раскрывает какую-то из сторон проблемы, но ни



один из них не дает исчерпывающего ответа на вопрос, как отличить норму и патологию. Несколько большие возможности дает рассмотрение проблемы с точки зрения **уровневого** подхода, в котором норма и патология рассматриваются не как изолированные друг от друга, а как образующие некий континуум переходных (пограничных) состояний. В данном континууме можно выделить три уровня: уровень морально-го самосознания, психологический и соматический уровни. В этом случае вариантом «нормы» может считать благополучие человека на всех трех уровнях.

Таким образом, мы видим, что дифференциация нормы и патологии – это сложная проблема. В ситуации диагностики состояния ребенка эта проблема приобретает еще более сложный характер. Сложность проблемы определяется тем, что организм ребенка (и соответственно его психические и физические функции) находятся в процессе развития.

Закономерности развития ребенка рассматриваются в рамках возрастной психологии, которая оперирует понятиями **возраст, возрастной этап**. Возрастной этап характеризуется, по мнению В.С. Мухиной, совокупностью специфических закономерностей развития – основными достижениями, сопутствующими образованиями и новообразованиями, определяющими особенности конкретной ступени психического развития.

Переход от одного возрастного этапа к другому осуществляется согласно Л. С. Выготскому революционным путем – через **кризис** – время, когда происходит качественная перестройка функций и отношений ребенка. Однако возрастные изменения психики не возникают внезапно, они подготавливаются постепенно путем накопления более мелких изменений, обозначаемых понятием **микрогенез** (то есть процессы функционирования психики в данный момент).

Необходимыми условиями нормального психического развития являются внешние и внутренние факторы, всегда

присутствующие и воздействующие. Условиями нормального психического развития являются по А.Р. Лурия: сохранность структур и функций ЦНС, сохранность анализаторных систем, сохранность речевых систем, физическое здоровье, адекватное возрасту обучение и воспитание.

Таким образом, психическое развитие ребенка не является чем-то однородным, оно протекает с определенной неравномерностью. В развитии наблюдаются периоды ускорения и периоды замедления. Естественная неравномерность психического (и физического) развития в детском возрасте называется **гетерохрония**.

В клинической психологии мы чаще всего сталкиваемся с патологической неравномерностью развития или с отклоняющимся развитием. **Отклоняющееся развитие** можно определить как обычное развитие, но протекающее в неблагоприятных условиях, патогенная сила которых превышает компенсаторные возможности индивида. Наряду с понятием «отклоняющееся развитие» параллельно используют такие понятия, как: аномальное, патологическое, нарушенное развитие, дизонтогенез. Термин **дизонтогенез** был предложен Швальбе в 1927 г. и означал первоначально отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. В последствие термин приобрел более широкое значение.

Нарушения психического развития могут быть вызваны как биологическими, так и социальными **факторами**. Среди **биологических** факторов значительное место занимают пороки развития мозга, связанные с поражением генетического материала (хромосомные aberrации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена). Большая роль отводится внутриутробным нарушениям (в связи с тяжелым токсикозом беременных, токсоплазмозом, люэсом, краснухой и другими инфекциями), патологии родов, а в постнатальном периоде – инфекциям, интоксикациям, травмам.

В.В. Лебединский выделяет несколько **факторов, оказывающих влияние на выраженность повреждения**:

1. Большое значение имеет **время повреждения**: объем повреждения тканей и органов тем более выражен, чем раньше действует патогенный фактор.

2. **Характер повреждения** зависит от мозговой локализации процесса и степени его распространенности. Особенностью детского возраста является, с одной стороны, общая незрелость, а с другой – большая, чем у взрослых тенденция к росту и к компенсации дефекта.

3. Большое значение имеет и **интенсивность повреждения мозга**. При органических поражениях мозга в детском возрасте наряду с повреждением одних систем наблюдается недоразвитие других, функционально связанных с поврежденной. Сочетание явлений повреждения с недоразвитием создает более обширный характер нарушений, не укладывающиеся в четкие рамки топической диагностики.

Наряду с биологическими важное патогенное влияние могут оказывать **социально-психологические факторы**. К ним относят особенности родительского стиля воспитания, неблагоприятные социальные условия. Именно социально-психологические факторы обуславливают явления социально-педагогической запущенности у детей, вызывают нарушения эмоционального и личностного развития.

Сочетание различных факторов может приводить к возникновению повреждений развития разного уровня. Л.С. Выготский предложил различать две группы симптомов: **первичные** – нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (нарушения слуха и зрения при поражении органов чувств), и **вторичные**, возникающие опосредованно в процессе нарушенного социального развития.

**Первичный дефект** может представлять собой повреждение корковых и подкорковых систем. В тех случаях, когда

субстрат болезненного процесса неизвестен, выделяют не первичный, а «основной» дефект, который определяется тем местом, которое занимает это нарушение в структуре психической недостаточности при данном заболевании.

**Вторичный дефект** – является основным объектом в психологическом изучении и коррекции нарушенного развития. Его структура включает в себя ряд компонентов, отражающих как своеобразие болезненного процесса, так и закономерности, определяющие особенности дизонтогенеза в детском возрасте. Важным фактором вторичного дефекта является **социальная депривация**.

В зависимости от места первичного дефекта направление вторичного дефекта может быть: «**снизу вверх**» или «**сверху вниз**». Л.С. Выготский считал, что основной координатой вторичного повреждения направление «снизу вверх» – от элементарных функций к более сложным.

### **Вопросы и задания**

1. Какие определения «нормы» вы знаете, дайте свое определение.
2. Назовите критерии определения нормы.
3. Что из себя представляет культурно-исторический подход к различению нормы и патологии?
4. На клиническом примере проиллюстрируйте понятие континуума нормы и патологии.
5. Как соотносятся норма и патология в процессе психического и физического развития ребенка?
6. Назовите факторы дизонтогенеза, на клиническом примере покажите взаимосвязь различных факторов.

### **Темы рефератов**

1. Категория развития в современной психологии.
2. Соотношение онтогенеза, микрогенеза и функционального генеза в условиях нарушенного развития.

3. Культурно-историческая теория Л.С. Выготского и понимание сущности феномена нарушенного развития.

4. Понимание сущности нарушенного развития с точки зрения разных психологических школ.

5. Культурно-исторический подход в понимании нормы и патологии.

6. Основные подходы к возрастной периодизации (составить таблицу).

### **Список литературы**

1. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.

2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.

3. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.

4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.

5. Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.

6. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.

7. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624с.

8. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

### **Использованные информационные ресурсы**

[http://www.pedlib.ru/Books/3/0205/3\\_0205-2.shtml](http://www.pedlib.ru/Books/3/0205/3_0205-2.shtml)

[http://www.medpsy.ru/books/book39\\_2.pdf](http://www.medpsy.ru/books/book39_2.pdf)

[http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_6\\_11/nomer/nomer26.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer26.php)

## Тема 5. Механизмы и закономерности дизонтогенеза, его типология

### Аннотация

Негативные и продуктивные симптомы дизонтогенеза. Возрастные симптомы: сомато-вегетативный, психомоторный, аффективный, эмоционально-идеаторный уровни нарушений. Развитие межфункциональных связей в процессе гетерохронии: временная независимость, ассоциативный, иерархический уровень связей. Н.А. Бернштейн об особенностях иерархического уровня. Нарушения межфункциональных связей. Основные диспропорции развития: ретардация и патологическая акселерация. Классификации нарушений развития. Врожденные и приобретенные, обратимые и необратимые нарушения. Классификации Г.Е. Сухаревой, Д. Каннера и Я. Лутца. Типология дизонтогенеза, предложенная В.В. Лебединским: отставание (недоразвитие и задержанное развитие), поломка (дефицитарное и поврежденное развитие) и асинхрония (дисгармоничное и искаженное развитие).

**Ключевые слова:** негативный симптом, продуктивный симптом, возрастные симптомы, возрастные уровни нервно-психического реагирования, ретардации, асинхрония, акселерация, этиология, аномальное развитие

### Методические рекомендации по изучению темы

- Студентам рекомендуется ознакомиться с лекционной частью, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать рефераты по теме и выступить с устными докладами;
- Для проверки усвоения темы студенты могут ответить на вопросы и выполнить задания по теме.

## Глоссарий

**Акселерация** – чрезмерно раннее изолированное развитие функции, сочетающееся с отставанием, ретардацией других функций.

**Аномальное развитие** – психическое развитие, отклоняющееся от нормального.

**Асинхрония** – неравномерное дисгармоничное развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

**Возрастные симптомы** – отражают патологически искаженные и утрированные проявления нормального детского развития.

**Негативные симптомы** – явления «выпадения» в психической деятельности, снижение интеллектуальной и эмоциональной активности, ухудшение процессов мышления, памяти и так далее.

**Продуктивные симптомы** – связаны с явлениями патологической ирритации психических процессов.

**Ретардация** – незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм.

**Уровень нервно-психического реагирования** – сложная организация межфункциональных связей в нормальном системогенезе.

**Этиология** – главная причина возникновения нарушений.

## Сокращения

**МКБ-10** международная классификация болезней 10-й пересмотр

## Содержание лекции

В формировании дизонтогенеза большую роль играют не только различные по этиологии и патогенезу поражения мозга, но и сами клинические проявления болезни, ее симптоматика. Симптомы болезни обладают определенной вариабельностью, разной степенью тяжести и длительности

проявлений. Симптомы болезни делят на **негативные** и **продуктивные**.

К негативным симптомам относят явления «выпадения» в психической деятельности, снижение интеллектуальной и эмоциональной активности, ухудшение процессов мышления, памяти и так далее.

Продуктивные симптомы связаны с явлениями патологической ирритации психических процессов. Примерами продуктивных расстройств являются различные невротические и неврозоподобные расстройства, судорожные состояния, страхи, галлюцинации, бредовые идеи.

Эти явления более определены в психиатрии по отношению к взрослому возрасту. В детском же возрасте часто бывает трудно отграничить негативные симптомы болезни от явлений дизонтогенеза, при котором «выпадение» функции может быть обусловлено нарушением ее развития. Продуктивные болезненные симптомы являются более отдаленными от проявлений дизонтогенеза, они могут указывать на остроту болезни. Например, психомоторная возбудимость, аффективные расстройства, эпилептические припадки и другие симптомы могут играть существенную роль в образовании ряда отклонений развития и тем самым способствовать формированию специфического типа дизонтогенеза.

Пограничными между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза являются так называемые **возрастные симптомы**, отражающие патологически искаженные и утрированные проявления нормального детского развития. Возникновение этих симптомов тесно связано с онтогенетическим уровнем реагирования на ту или иную вредность.

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

**1. Сомато-вегетативный** (0–3 года) – для него характерны повышенная общая и вегетативная возбудимость



с нарушениями сна, аппетита, желудочно-кишечными расстройствами. Данный уровень является ведущим на раннем возрастном этапе вследствие его достаточной зрелости.

**2. Психомоторный (4–10 лет)** – включает преимущественно гипердинамические расстройства различного генеза: психомоторную возбудимость, тики, заикания. Данный уровень обусловлен наиболее интенсивной дифференциацией корковых отделов двигательного анализатора.

**3. Аффективный (7–12 лет)** – характерны синдромы и симптомы страхов, повышенной аффективной возбудимости с явлениями негативизма и агрессии. В этиологии расстройств данного типа все же большое значение имеют психогении.

**4. Эмоционально-идеаторный уровень (12–16 лет)** – является ведущим в пре- и особенно в пубертатном возрасте. В патологии это, прежде всего, проявления в так называемых «патологических реакциях пубертатного возраста». Они заключаются, с одной стороны, в сверхценных увлечениях и интересах, а с другой – в сверхценных ипохондрических идеях, идеях мнимого уродства (дисморфофобия), психогенных протестах – реакциях оппозиции, эмансипации, протеста.

При квалификации психических отклонений клинический психолог исходит все же из закономерностей нормального развития, опираясь на положение о единстве закономерностей нормального и аномального развития (Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия и др.). Один из аспектов детского развития – это становление в раннем детском возрасте психических функций и формирование межфункциональных связей. Нарушение этого процесса приводит к возникновению различных отклонений в психическом развитии ребенка.

В норме психическое развитие имеет сложную организацию, развивающийся ребенок все время находится в процессе не только качественных, но и количественных изменений.

При нормальном развитии межфункциональные связи складываются в процессе гетерохронии. В патологии же возникают различные диспропорции в развитии.

Первоначально психические процессы развиваются **независимо** друг от друга. Например, Л.С. Выготский писал, что линии развития речи и мышления у ребенка до двух лет не связаны друг с другом. В 2-3 года можно наблюдать быстрое развитие экспрессивной речи при отставании смысловой. Наполнение смыслами – следующий этап в развитии мышления и речи. В норме состояние независимости функций носит временный характер. В патологии эта независимость превращается в **изоляцию** функций друг от друга. Изолированная функция останавливается в развитии, с другой стороны она не может подкреплять собой развитие других функций.

На более поздних этапах развития ребенка можно выделить **ассоциативный** тип связи между функциями: у ребенка формируются устойчивые связи между отдельными звеньями психического процесса, однако жесткая система связей не способна адекватно и пластично реагировать на изменяющиеся условия среды. В патологии этот тип связи может проявляться в форме инертности психических процессов, что приводит к нарушению возможности образования более пластичных иерархических связей, к регрессии развития.

Более совершенный тип связи между функциями – **иерархический**. Как показал Н.А. Бернштейн, многоуровневый тип взаимодействия обладает высокой пластичностью и устойчивостью. Это достигается рядом моментов, выделением ведущих (смысловых) и технических уровней, а также определенной автономностью отдельных систем, каждая из которых решает свою «личную задачу».

В нормальном системогенезе эти типы связей – временная независимость, жесткие связи и иерархические связи –

отражают уровни функциональной организации психических процессов. Их перестройки и усложнение протекают в определенной хронологической последовательности, обусловленной законом гетерохронии. При различных дисфункциях в первую очередь страдает развитие сложных межфункциональных связей, наблюдается диспропорция развития.

Среди основных диспропорций развития можно выделить:

- явления ретардации – незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм.
- патологическая акселерация отдельной функции – чрезмерно раннее изолированное развитие функции, сочетающееся с отставанием, ретардацией других функций.

Таким образом, можно встретить следующие нарушения межфункциональных связей: явления стойкой изоляции, фиксации, нарушение инволюции психических функций, временные и стойкие регрессии.

Классификации нарушений развития отличаются друг от друга признаками, используемыми в качестве основы для типизации. В качестве критерия может быть взят признак времени возникновения нарушения, тогда можно выделить группы **врожденные** и **приобретенные** нарушения. Другим основанием для классификации может выступать свойство обратимости нарушения. В этом случае можно выделить **обратимые** и **необратимые** расстройства. Другим подходом является классификация на основе главной причины возникновения нарушения – **этиология**.

Ряд классификаций в качестве основополагающего критерия использует признаки **темпа психического развития** и **последовательность формирования разных сторон психической деятельности**. В частности, Г.Е. Сухарева (1959) выделяет три типа психического дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие. Д. Каннер (1955) различает недоразвитие и искаженное развитие. Клинически

близок к данным классификациям подход Я. Лутца (1968), в котором он различает пять видов дизонтогенеза:

1. Необратимое недоразвитие (пример, олигофрения).
2. Дисгармоничное развитие (пример, психопатия).
3. Регрессирующее развитие (пример, дегенеративное заболевание).
4. Альтернирующее развитие (пример, соматическая патология).
5. Развитие, измененное по качеству и направлению (пример, шизофрения).

По мнению Г.К. Ушакова (1973) и В.В. Ковалева (1979), основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются:

1. Ретардация, то есть замедление или стойкое психическое недоразвитие (общее и парциальное).
2. Асинхрония как неравномерное дисгармоничное развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

В.В. Лебединским была предложена типология дизонтогенеза, включающая шесть типов, сгруппированных в три группы по механизму формирования:

1. Отставание в развитии:
  - 1.1. Недоразвитие (пример, олигофрения).
  - 1.2. Задержанное развитие (пример, инфантилизм).
2. Поломка в развитии:
  - 2.1. Поврежденное развитие (пример, эпилепсия).
  - 2.2. Дефицитарное развитие (пример, развитие рано ослепшего ребенка).
3. Асинхрония развития.
  - 3.1. Искаженное развитие (пример, ранний детский аутизм).
  - 3.2. Дисгармоничное развитие (пример, патохарактерологическое развитие).

Как показывают клинико-психологические данные при одном и том же заболевании могут сосуществовать различ-

ные варианты дизонтогенеза. Эта особенность позволяет рассматривать отдельные варианты дизонтогенеза не как самостоятельные, независимые образования, а скорее как **синдромы аномального развития**, которые нередко могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-то ведущего.

### **Вопросы и задания**

1. Назовите продуктивные симптомы дизонтогенеза, приведите клинические примеры.
2. Какую роль занимают возрастные симптомы в процессе дизонтогенеза?
3. Раскройте смысл понятия гетерохрония.
4. Как трансформируются межфункциональные связи в процессе дизонтогенеза? Приведите клинические примеры.
5. Сопоставьте понятия ретардация и патологическая акселерация.
6. Какие принципы классификаций психического дизонтогенеза вы знаете?

### **Темы рефератов**

1. Подходы к классификации нарушений психического развития.
2. Соотношение понятий «ретардация» и «асинхрония».
3. Феномен акселерации и его роль в психическом развитии.
4. Возрастные симптомы в подростковом возрасте.
5. Психо-моторный уровень нервно-психического реагирования.

### **Список литературы**

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). – М.: Медицина, 1989. – 256 с.
2. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.

3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
4. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.
6. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
7. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.
8. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2009. – 288с.
9. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624с.
10. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

#### **Использованные информационные ресурсы**

- [http://www.pedlib.ru/Books/3/0205/3\\_0205-2.shtml](http://www.pedlib.ru/Books/3/0205/3_0205-2.shtml)  
[http://www.medpsy.ru/books/book39\\_2.pdf](http://www.medpsy.ru/books/book39_2.pdf)  
[http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_6\\_11/nomer/nomer26.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer26.php)

---

---

## Раздел 2

# КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

### Тема 1. Умственная отсталость

#### Аннотация

Умственная отсталость как пример психического недоразвития. Определение олигофрении по международной классификации болезней (МКБ-10). Этиология олигофрении: эндогенная и экзогенная умственная отсталость, роль ранних травм и генетических аберраций. Семейная олигофрения. Время повреждения. Клинические примеры. Клинико-психологическая структура дефекта, тотальность нарушений. Два основных закона олигофрении (по Г.Е. Сухаревой). Степени выраженности интеллектуального дефекта. Дебильность, имбицильность. идиотия: особенности мышления, речи, личностные особенности, мишени психокоррекции. Дифференциальная диагностика олигофрении с неуспеваемостью, ЗПР, нарушениями деятельности анализаторов, нарушениями речи, ранней детской шизофренией.

**Ключевые слова:** олигофрения, клинико-психологическая структура дефекта, два основных закона олигофрении, дебильность, имбицильность, идиотия, дифференциальная диагностика.

#### Методические рекомендации по изучению темы

- Студентам рекомендуется ознакомиться с лекционной частью, где даются общие представления по теме;

- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать рефераты по теме и выступить с устными докладами;
- Для проверки усвоения темы студенты могут ответить на вопросы и выполнить задания по теме.

### **Глоссарий**

**Эндогенный** – возникающий в результате воздействия внутренних факторов.

**Экзогенный** – возникающий в результате воздействия внешних факторов.

**Асфиксия** – удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислоты в крови и тканях, например при сдавливании дыхательных путей извне, закрытии их просвета отёком, падении давления в искусственной атмосфере.

**Инволюция** – редукция или утрата в процессе онтогенеза отдельных функций, упрощение их организации.

### **Сокращения**

**ВНС** – вегетативная нервная система

**МКБ-10** – международная классификация болезней, 10-й пересмотр

### **Содержание лекции**

**Умственная отсталость – олигофрения** – является типичной моделью психического недоразвития, при умственной отсталости обнаруживается тотальная ретардация всех сторон психики: познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, личности, потребностно-мотивационной сферы и так далее. Однако ведущая роль в структуре общего психического недоразвития принадлежит недоразвитию познавательной сферы.

В Международной классификации болезней (МКБ-10) умственная отсталость определяется как «состояние задер-



жанного или неполного развития психики, которое, в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающий общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей» (И.И. Мамайчук, 2003, с. 222).

По этиологии умственную отсталость можно разделить на **эндогенную** (генетическую) и **экзогенную**. Эндогенная олигофрения обусловлена, как правило, генетическими факторами, в частности мутациями (например, болезнь Дауна – трисомия по 21-й паре хромосом). Большая роль в возникновении генетических форм принадлежит врожденным нарушениям обмена аминокислот, металлов, солей, жиров и углеводов. Возникновение экзогенных форм олигофрении связано с ранним (до двух лет) повреждением мозга инфекциями, травмами и асфиксией.

Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры, в первую очередь лобных и теменных отделов.

При олигофрении наблюдается нарушение общей нейродинамики, главным образом, патологическая инертность, плохая переключаемость психических процессов. Инертность в большей степени проявляется в мыслительной сфере и в меньшей – в сенсомоторной. Психическое развитие при олигофрении характеризуется рядом особенностей:

- во-первых, не происходит своевременная инволюция ранних форм психического реагирования, наблюдаются выраженные регрессивные тенденции.

- во-вторых, явления патологической инертности задерживают формирование сложных психических образований, построенных по иерархическому принципу.

Г.Е. Сухарева выявила **два основных закона олигофрении**:

- 1) тотальность нервно-психического недоразвития;

2) его иерархичность. Тотальность означает, что в состоянии недоразвития находятся все нервно-психические и многие соматические функции. Иерархичность выражается в том, что недостаточность гнозиса, праксиса, речи, эмоций, памяти, проявляется, как правило, меньше, чем нарушение мышления.

По степени выраженности интеллектуального недоразвития олигофрения делится на три группы: дебильность/имбильность/идиотия: в соотношении 75:20:5.

**Дебильность** – наиболее легкая степень. Дети с дебильностью составляют основной контингент учеников вспомогательной школы. В диагностическом отношении эта форма представляет некоторую трудность, поскольку интеллектуальный дефект выражен негрубо. Имеются элементы способности к обобщению. В дошкольном возрасте присутствует примитивный замысел в игре, возможность ее простейшей организации, в школьном – определенная оценка ситуации, ориентация в простых практических вопросах. Имеется фразовая речь, часто неплохая механическая память.

Непосредственное запоминание при легкой олигофрении, как правило, лучше, чем опосредованное, поскольку опосредованное запоминание включает интеллектуальный компонент. Однако, при запоминании 10 слов, ребенок олигофрен не может группировать их по смыслу, не способен прогнозировать свои результаты.

Мышление имеет наглядно-образный характер. Подлинное образование понятий – недоступно. Очень слабая способность к обобщению и отвлечению. Плохо понимается смысл прочитанного. Правильно воспринимая предметы, их изображения, дети затрудняются в их сравнении, установлении существенных связей между ними. Это проявляется в работе с сюжетными картинками, серией последовательных изображений, в операциях на классификацию. Например, ребенок

создает множество мелких групп при наглядной классификации предметов, актуализирует конкретно-ситуационные связи между предметами. При обучении счету, дети с трудом усваивают понятие количественного содержания числа, условный смысл арифметических знаков. Без предварительного объяснения они часто не понимают смысл инструкции. При решении задачи часто застревают на предшествующем способе решения. С трудом усваивают правила написания.

Фразы примитивные, речь с аграмматизмами, косноязычием. У детей-олигофренов формируется очень жесткая связь между словом и конкретным предметом (звуком и смыслом), они дифференцируют понятия по несущественным основаниям, продуктивность смысловой дифференциации может зависеть от истощения. Например, в первую половину дня ребенок различает похожие по звучанию слова и обобщает похожие по смыслу, а во второй половине дня объединяет по звучанию. Словесные определения, не связанные с конкретной ситуацией, воспринимаются медленно.

С интеллектуальным недоразвитием связана незрелость личности. Отчетливо выступает несамостоятельность суждений и взглядов, отсутствие любознательности в игровой, познавательной и трудовой деятельности, слабость инициативы. При общей сохранности эмоциональной сферы нет сложных оттенков переживаний. Аффект характеризуется косностью и вязкостью. Отмечается недостаточность тонких дифференцированных движений, выразительности мимики.

При правильном воспитании и обучении, своевременном привитии трудовых навыков, отсутствии нервно-психических расстройств, осложняющих интеллектуальный дефект, социальный прогноз благоприятен. При выполнении работы, не требующей инициативы, самостоятельности и быстрой переключаемости, обнаруживается достаточная продуктивность.

**Имбицильность (умеренная и тяжелая умственная отсталость)** – более тяжелая степень, чем дебильность. Это проявляется в полной неспособности к отвлечению от конкретной ситуации, образованию даже элементарных понятий. Суждения крайне бедны и большей частью без переработки заимствованы от окружающих. Логические процессы находятся на очень низком уровне. Дети не в состоянии уловить смысл прочитанного им рассказа, содержание воспроизводится по наводящим вопросам.

Отмечается недостаточность зрительного и слухового анализа и синтеза, это проявляется в трудностях при запоминании букв, сходных по написанию или звучанию, при слиянии звуков в слоги. Чтение носит механический характер, понимание смысла прочитанного отсутствует. Возможно обучение порядковому счету в пределах первого десятка, механическое заучивание таблицы умножения. Отвлеченный счет, понятие о числе недоступны. Запас слов мал, иногда ограничен названиями конкретных предметов. Речь маловыразительная, фразы короткие, грамматичные с косноязычием.

**Идиотия** – глубокая умственная отсталость. Отмечается глубокое недоразвитие функций восприятия. Реакция на окружающее – слаба или неадекватна. Мышление отсутствует (алогия), сознания собственной личности также отсутствует. В обращенной речи воспринимается не ее смысл, а интонация. Речь ограничена отдельными звуками или представляет собой набор отдельных слов (чаще глаголов), употребляемых без согласования, с грубым нарушением произношения. Эмоции элементарны и связаны с физическим самочувствием. Источником удовольствия является соматические благополучие. Формы выражения аффекта примитивны: например, радость может проявляться двигательным возбуждением, мимикой, криком. Общий фон настроения

характеризуется благодушием либо апатией, вялостью. Моторика недоразвита, однообразна, движения замедленны, дискоординированы, присутствуют двигательные стереотипии. Психическая деятельность отсутствует, нет навыков самообслуживания.

**Дифференциальная диагностика умственной отсталости.** К умственной отсталости относят только те состояния, при которых отмечается стойкое необратимое нарушение преимущественно познавательной деятельности, вызванное органическим повреждением коры. Олигофрения – это не просто «малое количество ума», а качественные изменения всей психики, всей личности в целом, при которой страдают и интеллект, и воля, и эмоции и физическое развитие. Важно дифференцировать олигофрению со следующими состояниями:

1. Неуспеваемостью, которая может быть вызвана:

1) Неподготовленностью детей к школьному обучению, несформированностью предпосылок к нему. Такие дети неусидчивы, трудно досиживают до конца урока и т.д.

2) Социально-педагогической запущенностью. Причиной не успеваемости могут быть неблагоприятные условия жизни ребенка в семье, воспитание в условиях интерната, что в целом может приводить к ограниченности запаса сведений о мире, к бедности словарного запаса, неразвитости логических операций.

3) Астеническими состояниями ребенка. Они могут быть вызваны длительной болезнью, в результате чего ребенок быстро истощается. Однако нарушение при астении не носит стойкий характер и не является тотальным.

2. ЗПР. Наибольшую сложность в плане дифференциальной диагностики вызывают ЗПР церебрально-органического генеза при хромосомных нарушениях, внутриутробных поражениях, родовых травмах. Дифференциальным признаком

является то, что при ЗПР психическое развитие (интеллектуальная продуктивность) имеет неравномерный характер, при котором отмечается (в том числе) и недоразвитие отдельных психических процессов. При олигофрении наблюдается тотальность психического недоразвития. При ЗПР выявляются: повышенная истощаемость, а в результате низкая работоспособность, незрелость эмоций, воли, психопатоподобное поведение, ограниченный запас общих сведений и представлений, трудности звукового анализа, несформированность навыков интеллектуальной деятельности. Игровая деятельность также не сформирована. Дети с ЗПР пытаются понять прочитанное, тогда, как у детей с олигофренией нет желания понять, поэтому их пересказ может быть непоследовательным и нелогичным.

3. Нарушениями деятельности анализаторов. Эти нарушения создают определенные трудности, могут привести к нарушенному отражению внешнего мира, обеднению представлений. Так, снижение слуха может вызвать определенные трудности при обучении ребенка в школе, особенно при овладении грамотой. Дети со сниженным зрением не видят строки, путают сходные по начертанию буквы. Дети с такими дефектами оказываются беспомощными, производят впечатление умственно-отсталых. Но если предложить им задания, не требующие участия нарушенного анализатора, то качество выполнения становится лучше.

4. Расстройствами речи. Существуют разные виды речевых нарушений, имеющих разную степень выраженности в зависимости от силы и времени поражения. Это дети с нормальным интеллектом, но затрудняющиеся в овладении чтением, письмом, у некоторых из них наблюдается недоразвитие речи. Например, при сохранном слухе у детей может быть нарушен фонематический слух, что приводит к трудности дифференциации фонем, трудности звуко-буквенного

анализа. Для дифференциации с умственной отсталостью необходимо давать задания, которые не требуют участия речи (наглядные задания). У детей с расстройствами речи, в отличие от умственно-отсталых, присутствует более живая реакция на задачу, инициатива, стремление понять и объяснить.

5. Ранней детской шизофренией.

### **Вопросы и задания**

1. Содержание понятия умственная отсталость.
2. Раскройте причины возникновения олигофрении.
3. Что такое семейная олигофрения?
4. Назовите основные законы олигофрении.
5. В чем состоит интеллектуальный дефект при дебильности?
6. Как вы будете дифференцировать нижнюю границу интеллектуальной нормы и олигофрению?

### **Темы рефератов**

1. Особенности деятельности умственно отсталых детей в аспекте социальной и трудовой адаптации.
2. Сравнение уровня когнитивного развития школьников с ЗПР в сравнении с умственно отсталыми и нормально развивающимися сверстниками.
3. «Семейная» олигофрения и ее особенности.
4. Специфика дифференциальной диагностики олигофрении и ранней детской шизофрении.
5. Факторы развития умственной отсталости.

### **Список литературы**

1. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
3. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.

4. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.

5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.

6. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.

7. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.

8. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624с.

9. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

### **Использованные информационные ресурсы**

<http://www.youtube.com/watch?v=mLNSkDaDzZQ>

<http://www.youtube.com/watch?v=oQsd11uVWq4>

<http://mover.uz/watch/vWe8OyFj/>

<http://www.biometrica.tomsk.ru/ftp/medicine/Prenatal.htm>

## **Тема 2. Психические расстройства вследствие повреждения головного мозга**

### **Аннотация**

Психические расстройства в связи с повреждением головного мозга и их классификация по МКБ-10. Этиология церебральных заболеваний. Виды слабоумливания (деменции): резидуально-органическая, прогрессирующая. Типы деменций у детей в зависимости от ведущего патопсихологического синдрома по Г.Е. Сухаревой. Факторы дифференциальной диагностики поврежденного развития: локализация повреждения, время возникновения дефекта, структура дефекта, особенности развития ребенка до заболевания и особенности



семейного воспитания ребенка. Парциальность расстройств (в отличие от их тотальности при олигофрении). Особенности психических процессов у детей при черепно-мозговой травме (ЧМТ): контузии, комоции, динамика последствий травмы. Клинические этапы отдаленных последствий поврежденного развития при травмах мозга по М.О. Гуревич. Особенности психических процессов у детей с эпилепсией: структура личности больного, особенности процессов восприятия и переработки информации у детей, страдающих эпилепсией.

**Ключевые слова:** виды деменций, факторы поврежденного развития, структура дефекта, динамика последствий травмы

#### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с лекционной частью, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать рефераты по теме и выступить с устными докладами;
- Для проверки усвоения темы студенты могут ответить на вопросы и выполнить задания по теме.

#### **Глоссарий**

**Абсанс** – состояние, при котором на незначительный промежуток времени происходит потеря сознания.

**Афазия** – это системное нарушение уже сформировавшейся речи.

**Деменция** – приобретенное слабоумие

**Комоция** – сотрясение мозга

**Контузия** – тяжелая травма мозга

**Олигофазия** – основной и наиболее характерный симптом расстройств речи у эпилептиков, проявляется в затруднениях называния показываемых больному предметов.

**Пароксизмы** – кратковременные внезапно возникающие и резко прекращающиеся расстройства (психические или неврологические, например, судороги), склонные к повторному появлению.

**Резидуально – органическое расстройство** – группа разнообразных нервно-психических нарушений у детей и подростков, которые являются следствием закончившегося органического церебрального заболевания.

**Церебропатия** – врожденное или приобретенное диффузное поражение головного мозга дистрофического характера, обусловленное различными болезнями и патологическими состояниями.

**Церебростения** – одно из проявлений органического психологического синдрома, характеризуется астенией в сочетании с головными болями, головокружениями, некоторым ослаблением памяти, явлениями повышенной истощаемости интеллектуально-мнестической деятельности, вегетативными расстройствами.

### **Сокращения**

**ЧМТ** – черепно-мозговая травма

**МКБ-10** – Международная классификация болезней, 10-й пересмотр

### **Содержание лекции**

О психических расстройствах вследствие повреждения головного мозга говорят в тех случаях, когда заметные нарушения поведения или интеллекта у детей и подростков, до этого психически и физически здоровых, возникают в непосредственной временной связи с повреждением мозга.

Чаще всего встречаются органическое расстройство личности, постэнцефалитический синдром и психоорганический синдром вследствие черепно-мозговой травмы. Общим для всех этих расстройств является известная этиология це-

ребрального заболевания: травма, инфекция или другое повреждение.

Существенным признаком расстройства являются отклонения и глубокие изменения по сравнению с преморбидным поведением, которые касаются когнитивных способностей, эмоционального состояния, побуждений и деятельности. Изменения могут в большей степени затрагивать когнитивную сферу и проявляются тогда в редуцированной способности планировать свою деятельность, предвидеть последствия своих действий (как при лобном синдроме), либо могут манифестировать в эмоциональной сфере в форме раздражительности, апатии, злобы, агрессии.

Различают два вида слабоумливания (деменции): резидуально-органическая возникает в результате остаточного поражения мозга из-за травмы, инфекции, интоксикации. Прогрессирующая деменция является следствием хронически протекающего менингита, менинго-энцефалита, опухолевого процесса, эпилепсии, склероза и так далее.

Г.Е Сухарева выделяет четыре типа деменций у детей в зависимости от ведущего патопсихологического синдрома:

1. С преобладание низкого уровня обобщений.
2. С грубыми нейродинамическими расстройствами: истошаемостью, плохой переключаемостью и устойчивостью внимания, нарушением логического строя мышления и склонностью к персеверациям.
3. С недостаточностью побуждений к деятельности, что проявляется явлениями апатии, снижением активности мышления.
4. С нарушением критики и целенаправленности мышления, с грубым расстройством внимания и импульсивностью.

При дифференциальной диагностики поврежденного развития имеют значение такие факторы, как: локализация повреждения, время возникновения дефекта, структура де-

фекта, особенности развития ребенка до заболевания и особенности семейного воспитания ребенка.

При локализации повреждения можно выделить два его типа: локальное и диффузное. При локальных повреждениях специфика формирования когнитивных процессов определяется локализацией поражения. Например, у ребенка в возрасте 8 лет ЧМТ височной области может приводить к афазическим расстройствам, что будет сказываться на усвоении навыков чтения и письма. При диффузном поражении больше будут проявляться нарушения работоспособности и аффективной сферы. Отечественными нейропсихологами, в частности Э.Г. Семерницкой, было выявлено, что мозговые механизмы у детей являются иными по сравнению с механизмами у взрослых, мозговая организация психических процессов у детей не остается неизменной, возрастная динамика у них в большей степени проявляется в формировании механизмов межполушарного взаимодействия.

Структура дефекта при поврежденном развитии, в отличие от психического недоразвития характеризуется парциальностью расстройств. Это могут быть грубые корковые и подкорковые нарушения, что наглядно проявляется в функциях гнозиса, праксиса, в регуляции поведения.

### **Особенности психических процессов у детей при черепно-мозговой травме (ЧМТ).**

В клинической практике можно наблюдать два типа ЧМТ – **контузия** (тяжелая травма мозга) и **комоция** (сотрясение мозга) и **три стадии динамики** последствий травмы: острая, подострая и резидуальный период.

В отличие от контузии при комоции в острой стадии наблюдаются длительное расстройство сознания, оглушенность, сонливость, нарушение ориентировки в окружающем. При комоции в острой стадии наблюдается кратковременное нарушение сознания. Однако в обоих

случаях наблюдается адинамия, астения, могут наблюдаться речевые нарушения, амнезии, расстройства сна. В **острый период** при контузиях могут наблюдаться эйфория, нарушения критики, нелепое поведение и амнестические расстройства.

В **подострой стадии** у большинства наступает оглушенность, растерянность, сумеречное состояние, головные боли с головокружением, амнезия, расстройства речи. При комоции могут наблюдаться головные боли, но без амнезии.

В **резидуальный период** в обоих случаях наблюдаются церебрастения, вестибулярные расстройства. В структуре посттравматического дефекта имеют место явления стойкого, часто необратимого регресса ряда психических функций, нарушения внимания, памяти, динамики мыслительных процессов. В.В. Лебединский подчеркивал, что характер вторичных дефектов при ЧМТ связан не только со спецификой первичного поражения, но и с недоразвитием систем как функционально связанных с повреждением, так и более молодых в онтогенезе.

М.О. Гуревич, изучая отдаленные последствия поврежденного развития при травмах мозга, выделил четыре **клинических этапа**:

1. Травматическая церебрастения – неспособность к умственному напряжению, повышенная утомляемость.

2. Травматическая церебропатия – вялость, общая заторможенность, апатодинамический синдром, либо повышенная возбудимость, двигательная расторможенность, агрессивность, взрывчатость.

3. Травматическое слабоумие – снижение интеллектуальной деятельности, снижение критики, бездеятельность, тугоподвижность, ригидность мышления.

4. Травматическая эпилепсия – возникновение эпилептических припадков.

## Особенности психических процессов у детей с эпилепсией

По механизму возникновения различают генуинную эпилепсию и эпилепсию травматического генеза. Психические расстройства при эпилепсии делятся на:

- эпизодические – колебания настроения, эпизодические психозы, к последним относят психотические проявления, припадки, постпароксизмальные сумеречные нарушения сознания;
- хронические – изменения личности, деменция, хронические психотические состояния.

Психологические исследования детей, больных эпилепсией, выявляют, что в структуре личности больного генуинной эпилепсии отмечается сильно повышенный инстинкт самосохранения, эгоистичность, стремление к самоутверждению. Для структуры личности больного характерны замедленность, заторможенность реакций, устойчивый, напряженный, вязкий аффект с повышенной раздражительностью. Больным свойственны педантичность, которая основана на инертности. Дети, страдающие генуинной эпилепсией, с трудом отказываются от старых привычек, привязаны к одному и с трудом переходят к новому. В связи с общим самочувствием после припадочного или доприпадочного состояния больному эпилепсией бывает трудно сохранить в памяти то, к чему он только что приспособился. Отмечается медлительность во всех интеллектуальных процессах. Ребенок хорошо понимает смысл того, что он воспринимает, но передает содержание услышанного или увиденного медленно и с большим количеством деталей.

Во время проведения патопсихологического эксперимента у пациентов могут наблюдаться **абсансы** (выключения) – но после секундного перерыва они возвращаются к прерванной работе.

В межприпадочное время больной может иметь хорошую устойчивость внимания, однако страдает его переключаемость. Обнаруживаются нарушения словесной памяти на фоне достаточно хорошей зрительной памяти. Отмечаются различные речевые расстройства – **олигофазии**: больной не может назвать обычный предмет, при ответах не сразу может найти нужное слово. К другим особенностям речи относятся речевая заторможенность, использование слов с чрезмерным количеством слогов, слов в уменьшительно-ласкательной форме. Отмечаются и трудности мышления: обстоятельность, склонность к повторению, застреваемость, персеверативность, невозможность кратких формулировок, затрудненность в обобщении

### **Вопросы и задания**

1. Каковы причины, вызывающие повреждения головного мозга?
2. Назовите типы деменций у детей, приведите клинические примеры.
3. От каких факторов зависит степень повреждения психических процессов?
4. Назовите клинические этапы отдаленных последствий поврежденного развития при травмах мозга.
5. Опишите, какие особенности личности формируются у детей с эпилепсией.
6. Опишите особенности процессов восприятия, переработки и хранения информации у детей, страдающих эпилепсией.

### **Темы рефератов**

1. Сравнение уровня когнитивного развития школьников с ЗПР, школьников с эпилепсией и их нормально развивающихся сверстников.

2. Эмоционально-волевые особенности детей с эпилепсией.
3. Динамика эмоционально-волевых нарушений у детей с ЧМТ.
4. Травматическая церебропатия и ее проявления.
5. Структура дефекта при поврежденном развитии.

### Список литературы

1. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
3. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.
5. Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
6. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.
7. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624с.
8. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.



### Тема 3. Психическое развитие при дефиците сенсорных систем

#### Аннотация

Психическое развитие при нарушении сенсорных и моторных систем как пример дефицитарного развития. Факторы нарушения моторной и сенсорной систем. Аномалии развития в связи с недостаточностью зрения и слуха. Этиология дефектов слуха и зрения. Развитие речи при дефекте слуха. Развитие зрительного восприятия при нарушениях зрения. Особенности пространственной ориентации и психомоторной сферы при повреждении зрения. Зависимость глубины вторичного дефекта от времени повреждения. Типология детей с недостаточностью слуха, классификация детей с нарушениями зрения. Особенности развития психических процессов, эмоциональной сферы и деятельности в целом у детей с повреждениями слуха/зрения. Специфическое нарушение развития эмоциональной сферы у слепых и глухих детей, особенности их игры, речи, восприятия и переработки информации. Роль процессов компенсации в психическом развитии, виды компенсации у слепых и глухих детей. Причины и формы патологического формирования личности у слепых и глухих детей.

**Ключевые слова:** дефицитарное психическое развитие, этиология, клиничко-психологической структуры дефекта, первичный и вторичный дефект, аномальное развитие личности.

#### Методические рекомендации по изучению темы

- Студентам рекомендуется ознакомиться с лекционной частью, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать рефераты по теме и выступить с устными докладами;

- Для проверки усвоения темы студенты могут ответить на вопросы и выполнить задания по теме.

### **Глоссарий**

**Компенсация** – процессы восполнения нарушенной или утраченной функции

**Комплекс оживления** – это особая эмоционально-двигательная реакция ребёнка, обращенная к взрослому, включает замирание и сосредоточение при фиксации предмета или звуков, улыбку, вокализацию, двигательное оживление.

**Постнатальный период** – послеродовой период

**Пренатальный период** – дородовой период

### **Сокращения**

**ЦНС** – центральная нервная система

### **Содержание лекции**

Нарушения сенсорных и моторных систем существенно затрудняют, затормаживают психическое развитие, обуславливая его дефицитарность. К таким нарушениям, прежде всего, относят нарушения зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, инвалидизирующие соматические заболевания сердечно-сосудистой системы, дыхательной, эндокринной систем и так далее.

**Аномалии развития в связи с недостаточностью зрения и слуха.** Этиология дефектов слуха и зрения может быть связана как с эндогенными, так и с экзогенными факторами. В происхождении экзогенных форм нарушений слуха у детей большую роль играют инфекционные заболевания во время беременности, особенно в первые месяцы (краснуха, корь, грипп), а также врожденные сифилис, токсоплазмоз и так далее. Среди постнатальных инфекций, способствующих поражению слуха, определенная роль отводится кори, скарлатине, эпидемическому паротиту, большое значение имеют

менингиты и менингоэнцефалиты. Одной из важных причин нарушения слуха (чаще тугоухости) считаются отиты.

В последнее время большая роль (50% случаев) отводится генетическим факторам. Особенно ярко эта особенность проявляется при глухоте, связанной с медикаментозным лечением: генетическая недостаточность органа слуха делает его уязвимым при применении ряда антибиотиков. Аналогичные соотношения характерны и для нарушений зрения. Наследственным факторам в нарушениях зрения отводится от 15 до 17%.

Исследования отечественных дефектологов выявили особенности формирования клинико-психологической структуры дефекта, типичной для развития детей с различной патологией в сенсорной сфере. Сюда, прежде всего, относятся данные о соотношении различных параметров первичного дефекта и особенностей образования вторичных дефектов. Большое значение для возникновения вторичных дефектов имеет выраженность сенсорного дефекта.

Небольшой дефект слуха предполагает ту или иную возможность самостоятельного овладения речью. В речи такого ребенка будут наблюдаться негрубые отклонения, смазанность артикуляции, слабая модулированность голоса, смешение глухих звуков со звонкими, шипящих со свистящими, твердых с мягкими; бедность речевого запаса, ошибочное употребление слов, близких по ситуации или по звучанию, аграмматизмы. Полное же выпадение слуха приводит к немоте ребенка.

То же касается и нарушений зрения. На уровне слабовидения зрительное восприятие ограничивается замедленностью, узостью обзора, недостаточностью четкости и яркости, нередко искаженностью предметов. Поэтому при слабовидении будут сохраняться значительно большие потенциальные возможности нервно-психического развития, чем при слепоте.

Характер и степень вторичных отклонений развития зависит от времени возникновения дефекта слуха и речи. Психическое развитие слепых и глухих детей отличается в зависимости от того, является ли их глухота/слепота врожденной, потеряли ли они слух/зрение на ранних или более поздних этапах онтогенеза. Врожденная или ранняя потеря функции приводит к отсутствию речи или грубому ее недоразвитию. Недостаточность вестибулярного аппарата обуславливает нарушение развития, связанные с задержкой формирования прямохождения и прямохождения, недоразвитие пространственной ориентировки. При нарушении слуха после трехлетнего возраста недоразвитие локомоторной функции выражено меньше. Успевают сформироваться фразовая речь, нарушения словарного запаса и грамматического строя нередко выражены менее грубо. При поражении слуха в школьном возрасте речь грамматически сформирована, имеются лишь некоторые недостатки произношения: смазанность артикуляции, оглушение звонких согласных и т.д.

Сходные закономерности связаны с поражением зрения. При заболевании с рождения ребенок не получает никакого запаса зрительных представлений. Затруднения в возникновении вертикального положения тела, боязнь пространства и новых предметов ведут к задержке в освоении пространства и предметной деятельности. Первые специализированные манипуляции и отдельные функциональные действия с предметом возникают у слепых детей после 2х лет. Грубое недоразвитие пространственной ориентации обуславливает недоразвитие психики, тормозит формирование схемы тела.

Нарушения зрения в раннем возрасте даже на уровне слабовидения вызывает и недоразвитие психомоторной сферы: отмечается слабость акта хватания, запаздывает дифференциация движений, наблюдаются застывания с предметом либо, наоборот, ненужные стереотипные движения головы

и рук. Совсем по-иному складывается развитие ребенка, потерявшего зрение в более старшем возрасте. Имеющийся прошлый опыт зрительных впечатлений облегчает развитие моторики, предметной деятельности, образование представлений и понятий.

Естественно, большое значение для прогноза психического развития ребенка будут иметь и индивидуальные особенности интеллекта, эмоционально-волевой сферы и личности ребенка в целом, а так же своевременное начало специального обучения.

Среди детей с недостаточностью слуха выделяются:

1. глухие:

1.1. рано оглохшие;

1.2. поздно оглохшие;

2. слабослышащие:

2.1. с относительно сохранной речью;

2.2. с глубоким недоразвитием речи.

Среди детей с недостаточностью зрения выделяют:

1. тотально слепых;

2. частично видящих;

3. слабовидящих.

Сложные вторичные нарушения характерны для формирования других психических процессов, эмоциональной сферы, деятельности в целом. У глухих детей из-за речевых нарушений задерживается общение, обеспечивающее совместную со взрослыми деятельность с предметами.

Слабость закрепления предметов в словах, в свою очередь, приводит к тому, что ребенок не может свободно оперировать представлениями, возникают трудности в их актуализации. Задержка речевого развития затрудняет включение восприятия в более широкий круг деятельности.

В то же время введение значения слова без опоры на сенсорный опыт, как это имеет место у слепых детей, ведет либо к размыванию и непомерное генерализации значения слова,

либо, наоборот, закреплению за словом более узкого круга понятий, сужающего развитие уровня обобщения.

Большое значение имеет специфическое нарушение развития эмоциональной сферы. Так, у слепого ребенка развитие эмоциональной сферы связано с ограничением, либо невозможностью восприятия таких выразительных средств, как взгляд, жест, мимика. Это в свою очередь усугубляет недоразвитие форм общения на ранних этапах развития ребенка. У глухих детей в связи с отсутствием воздействия речи взрослого, ее эмоционального тона формы эмоционального общения недоразвиваются уже с самых ранних этапов жизни. У них часто отсутствует «комплекс оживления», значительно позднее происходит дифференциация близких и чужих. В более старшем возрасте проявляется определенный дефект эмоциональной ориентировки, в значительной степени связанный с отсутствием восприятия интонационной стороны речи.

Выше приведенные данные подтверждают положение Л.С. Выготского о механизмах влияния первичного дефекта на возникновение сложного иерархического ряда вторичных нарушений, определяющих развитие ребенка в целом.

Бедность практического опыта, слабое развитие предметной моторики при относительно сохранной речи создают своеобразие игровой деятельности слепого ребенка, которая протекает в виде примитивных манипуляций и однообразно повторяемых движений, но при этом сопровождается значительно более высоким уровнем протекания словесного действия. Максимально бедный моторный компонент игры сосуществует с гораздо более сложной и по существу изолированной вербальной продукцией. Разрыв между речью и действием не сокращается без специального обучения.

Отмечается недоразвитие (по сравнению с нормой) способностей к приему, переработке и хранению информации.

Наиболее страдает усвоение той информации, которая адресована к пораженному анализатору, при этом имеются затруднения в скорости и объеме информации, адресованной и к сохранному анализатору. Другой особенностью детей с сенсорными нарушениями является и недостаточность словесного опосредования. Следствием перечисленных особенностей является замедление темпа мышления – процессов обобщения и отвлечения.

В зависимости от характера сенсорного дефекта у таких детей возникают различного рода функциональные перестройки, в основе которых лежит мобилизация резервных возможностей ЦНС и высокая пластичность в формировании высших корковых функций. Так, у глухих детей в отсутствие словесной речи развивается жестовая. Известно о развитии «шестого чувства» у слепых: способность улавливать наличие приближающихся предметов. Широко известна и уточненная способность слепых при помощи осязания различать размеры, форму и фактуру предметов.

Общим для недостаточности сенсорной сферы является определенная специфика **аномального развития личности**, наблюдаемого при неблагоприятных условиях воспитания и неадекватности педагогической коррекции.

Причинами патологического формирования личности дефицитарного типа, связываемого В.В. Ковалевым с дефектами сенсорной и моторной сфер, инвалидизирующими соматическими заболеваниями, считаются:

- реакция личности на хроническую психотравмирующую ситуацию, обусловленную осознанием своей несостоятельности;
- ограничение возможностей контактов вследствие сенсорной, моторной или соматической депривации.

Клинико-психологическая структура дефицитарного развития личности включает ряд особенностей. К ним относят:

пониженный фон настроения, астенические черты, нередко с явлениями ипохондричности, тенденция к аутизации как следствие объективных затруднений контактов, связанных с основным дефектом, и гиперкомпенсаторного ухода во внутренний мир, нередко в мир фантазий. Такое стремление к аутизации, а также формирование невротических, иногда истериоформных черт личности нередко усугубляется неправильным воспитанием ребенка в виде гиперопеки, инфантилизирующей его личность. Это еще больше тормозит формирование социальных установок. Другой вариант внутрисемейного общения, оказывающий влияние на личность ребенка – это подавляющее деспотичное отношение, игнорирование трудностей ребенка.

У глухих детей глухих родителей в подростковом возрасте (основы спец. психологии) наблюдается более точное представление о себе, своих возможностях и способностях, более адекватная самооценка, по сравнению с детьми слышащих родителей. Эти особенности могут объясняться тем, что на ранних этапах развития слышащие родители не могут вызвать своих детей на эмоциональное общение, хуже понимают их желания и потребности, неохотно предоставляют им свободу и самостоятельность. В младшем и старшем подростковом возрасте на развитие личности глухих детей оказывают влияние условия обучения и взрослые, осуществляющие это обучение: самооценка детей может зависеть от мнения учителей и характера учебной ситуации.

У детей с сенсорными нарушениями имеются особенности развития эмоциональной сферы. У глухих детей наблюдаются значительные трудности понимания эмоций других людей, их оттенков, высших социальных чувств, затруднено понимание причинной обусловленности эмоциональных состояний, имеются большие трудности формирования морально-этических представлений и понятий. Для слепых детей,



в отличие от глухих, характерна большая точность в распознавании эмоциональных состояний говорящего. Оценивая эмоциональные состояния, они выделяют и адекватно оценивают такие качества личности говорящего как активность, доминантность, тревожность. А.А. Крогиус также отмечает исключительные особенности слепых понимать эмоциональные состояния и улавливать самые «тонкие изменения голоса собеседника».

### **Вопросы и задания**

1. Что может выступать причиной нарушения функций слуха и зрения?
2. Каковы особенности речи у глухих детей? Как она развивается?
3. В чем состоят особенности зрительного восприятия у слепых детей?
4. Как связан вторичный дефект при повреждениях слуха и зрения с временем повреждения?
5. Опишите специфическое нарушение развития эмоциональной сферы у слепых и глухих детей.
6. Какова роль процессов компенсации в психическом развитии у слепых и глухих детей? Опишите виды компенсации?

### **Рефераты**

1. Структура психической деятельности рано ослепшего ребенка.
2. Особенности эмоциональной сферы глухого ребенка.
3. Структура процессов компенсации у детей с двигательными нарушениями.
4. Психическое развитие ребенка с ДЦП.
5. Сенсорная интеграция и ее особенности у детей с нарушениями слуха и речи.

## Список литературы

1. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
3. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.
5. Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
6. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.
7. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.
8. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

### Использованные информационные ресурсы

[http://www.youtube.com/watch?v=c-I\\_VKxidQI](http://www.youtube.com/watch?v=c-I_VKxidQI)

[http://www.youtube.com/watch?v=hHOQijYd\\_UU](http://www.youtube.com/watch?v=hHOQijYd_UU)

## Тема 4. Поведенческие и аффективные расстройства в детском и подростковом возрасте

### Аннотация

Классификация поведенческих и эмоциональных нарушений в МКБ-10. Факторы, приводящие к возникновению эмоциональных и поведенческих нарушений у детей и подростков: биологические, психологические и социально-психологические. Роль среды, семьи в возникновении нарушений. Половые различия в проявлениях поведенческих

и эмоциональных расстройств. Особенности развития поведенческих и эмоциональных расстройств в пубертатный период. Факторы патологического подросткового криза. Поведенческие расстройства в детском и подростковом возрасте: этапы патологического развития личности, ведущие к формированию «краевой» психопатии (по данным В.А. Гурьевой и В.Я. Гиндикина, 1980). Аффективные расстройства в детском и подростковом возрасте: депрессия-мания, триада симптомов. Особенности аффективных нарушений у детей (Раттер, 1986). Симптомы депрессии в детском и подростковом возрасте. Циклотимия, дистимия.

**Ключевые слова:** факторы возникновения нарушений, патохарактерологическое развитие, дисгармония психического развития, психопатия, тормозные и возбудимые психопатии, триада депрессии/мании, циклотимия, дистимия.

#### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с лекционной частью, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать рефераты по теме и выступить с устными докладами;
- Для проверки усвоения темы студенты могут ответить на вопросы и выполнить задания по теме.

#### **Глоссарий**

**Дистимия** – это состояние сниженного настроения (субдепрессивное) с пессимизмом, чувством безнадежности, недостатком энергии.

**Инфантилизм** – незрелость в развитии, сохранение в физическом облике или поведении черт, присущих предшествующим возрастным этапам.

**Истериоформный** – истериоподобный.

**Краевая психопатия** – приобретенные (преимущественно обусловленные неблагоприятными психогенными и средовыми воздействиями).

**Психопатия** – стойкое, врожденное, или приобретенное характерологическое расстройство, проявляющееся дисгармоничностью психического склада личности при общей сохранности интеллекта, приводящее к нарушениям межличностных отношений и социальной адаптации.

**Циклотимия** – это состояние хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости.

**Ядерная психопатия** – конституциональные (преимущественно наследственно обусловленные).

### Содержание лекции

Спектр поведенческих и эмоциональных нарушений в детском и подростковом возрасте необычайно широк, поскольку любое заболевание обязательно затрагивает все сферы психической жизни человека, в том числе его поведение и настроение. В этом параграфе мы рассмотрим только такие нарушения в психической сфере, при которых расстройства поведения и настроения становятся ядром психической патологии.

Традиционно выделяются три группы факторов, приводящих к возникновению эмоциональных и поведенческих нарушений у детей и подростков: биологические, психологические и социально-психологические. Биологические предпосылки эмоциональных нарушений включают в себя генетические факторы. В исследованиях Г.И. Каплан (1994) обнаружена отчетливая связь между депрессивными состояниями родителей и аналогичными состояниями у детей. Имеются данные (Х. Ремшмидт, 2001, с. 279), что если один из родителей имеет биполярное расстройство, то заболевают до 24% его детей, 3,4% внуков, 2,4% племянников. К биоло-

гическим факторам, предрасполагающим к эмоциональным нарушениям, относятся также: соматическая ослабленность ребенка, наличие остаточных органических нарушений (резидуальная органика). В этом случае нарушения могут быть обусловлены трудностями социальной адаптации ребенка.

К собственно психологическим факторам относятся особенности темперамента, характеристики ЦНС, личностные особенности ребенка, такие как эгоцентризм, импульсивность, упрямство, сенситивность. В.И. Гарбузов с соавторами выделяют 9 типов патохарактерологического радикала: агрессивность, честолюбие, педантичность, благоразумность, тревожная синтонность, инфантильность и психомоторная нестабильность, конформность и зависимость, тревожная мнительность и замкнутость, контрастность (И.И. Мамайчук, 2003, с. 324).

В формировании поведенческих и эмоциональных нарушений большую роль играет его социальная среда: неблагоприятные условия воспитания и окружения, неадекватные условия обучения, явления микросоциальной и педагогической запущенности, разлука и потеря близких. Роль среды и особенно семьи как фактора возникновения подобных нарушений рассмотрена в многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях: за рубежом – З. Фрейд, А. Фрейд, Д. Винникот, Р. Шпиц, Д. Стерн, Дж. Боулби, Х. Кохут и другие; в России – А.И. Захаров, Д.Н. Исаев, И.И. Мамайчук, А.Я. Варга, В.Н. Мясищев, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий и другие. В исследованиях, в том числе, подчеркивается роль ранних эмоциональных контактов ребенка и ухаживающего взрослого в развитии личности ребенка.

Значительная часть нарушений имеет и половые различия: аффективная возбудимость у мальчиков проявляется в раздражительности, взрывчатости, у девочек она имеет чаще истериоформный характер; у мальчиков расторможен-

ность влечений чаще выступает как склонность к алкоголизации, побегам, агрессии, у девочек – к сексуальной расторможенности.

Нарушения аффективной сферы и поведения могут проявляться у детей разного возраста, но особую, более резкую дисгармоничную форму они приобретают в пубертатный период, коррелируя с неравномерным темпом полового и физического созревания. Асинхрония психического развития проявляется в разрыве между органически-инфантильной структурой личности, с одной стороны, и стремлением к имитации внешних форм поведения, соответствующих паспортному возрасту, утрированно «взрослым» поведением. Наблюдается односторонняя зрелость с недостаточностью интеллектуальных интересов, установкой на образ жизни, обеспечивающий реализацию потребностей, связанных с влечениями. Эта асинхрония усугубляется сочетанием «взрослых» требований со стороны взрослых и недоучетом ими реальных возможностей ребенка. Факторы патологического подросткового криза:

- в дошкольном возрасте – выраженная психомоторная расторможенность, склонность к лжи и вымыслам, повышенная внушаемость, склонность к двигательным разрядкам, эмоциональная заражаемость, упрямство;

- в младшем школьном возрасте – низкая познавательная активность, моторная бестормозность, эйфория, повышенная сенсорная жажда, немотивированные колебания настроения, реакции протеста и так далее;

- в препубертате – сочетание физической акселерации и задержки психического развития.

## **Поведенческие расстройства в детском и подростковом возрасте**

Нарушения поведения могут иметь как непатологический, так и патологический уровень. О патологическом уровне нарушений говорят тогда, когда они приводят к личностной, семейной и социальной дезадаптации. Примером такого нарушения является психопатия.

В отечественной психиатрии классическое описание психопатий принадлежит П.Б. Ганнушкину (1933). В его работе указываются следующие основные диагностические критерии психопатий:

- 1) относительная стабильность, непрогредиентный характер и малая обратимость патологических черт характера;
- 2) тотальность психопатических особенностей личности, нарушения всего психического склада, а не отдельных личностных черт, аномальный стиль поведения является всеобъемлющим, проявляющимся в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций;
- 3) выраженность патологических черт характера до такой степени, что это приводит к нарушению социальной, семейной, профессиональной адаптации.

В.В. Ковалёв (1968) описал психогенное патологическое формирование личности. При этом динамические отклонения в реагировании и поведении у детей, возникающие под влиянием неблагоприятных факторов, обнаруживают всё более устойчивую тенденцию к переходу в более или менее стойкие патологические изменения характера и личности в целом. В отличие от патохарактерологического развития у взрослых, обусловленное патологическим сдвигом уже сформированной личности, такое развитие у детей связано с изменениями формирования незрелой личности в патологическом направлении. Патологическое развитие личности, ведущее к формированию **«краевой»** (то есть приобретён-

ной) психопатии, называют **патохарактерологическим**. По данным В.А. Гурьевой и В.Я. Гиндикина (1980), оно проходит в следующие три этапа:

1. Повседневное хроническое психотравмирование в условиях длительного отрицательного социально-психологического воздействия на ребёнка приводит к значительным динамическим отклонениям в поведении (**патохарактерологическим реакциям**).

2. Характерологические нарушения усиливаются, начинают постепенно структурироваться с развитием выраженной их мозаичности, тенденцией к преобладанию тех или иных заострений в характере и асоциальных форм поведения.

3. Черты мозаичности нивелируются, заострения характера оформляется в психопатию, появляются первые состояния декомпенсации психопатии.

Органические и наследственные факторы чаще всего лежат в основе «**ядерных**» психопатий. Г.Е. Сухарева выделяет две основные группы органических психопатий: **возбуди-мые** и **тормозимые**.

В целом, психопатическое развитие у детей может проходить по разным типам. Среди типов психопатии чаще всего выделяют: эпилептоидную, циклоидную, истероидную, неустойчивую, шизоидную, психастеническую, мозаичную.

### **Аффективные расстройства в детском и подростковом возрасте**

Термин аффективные расстройства объединяет различные по этиологии, симптоматики и течению расстройства, имеющие следующие общие признаки: выраженные изменения настроения и побуждений, сопровождающиеся или не сопровождающиеся страхом; регулярно проявляющиеся нарушения в когнитивной и соматической сферах; склонность к рецидивирующему, а иногда и к хроническому течению.



Термин **депрессия** объединяет заболевания, которые характеризуются **триадой**: сниженный фон настроения, замедление мышления, двигательная заторможенность. При **мании триада** включает: повышенный фон настроения, ускорение мышления, двигательную расторможенность. Маниакальные состояния (редки в детском возрасте) проявляются повышением влечений, отсутствием дистанции, нецеленаправленностью, ощущением собственной значимости, нарушениями сна – дети обходятся без сна. У детей аффективные нарушения имеют свои особенности (Х. Ремшмидт, 2001):

- В детском возрасте депрессивные колебания встречаются реже, чем в подростковом возрасте и проявляются чаще всего соматическими жалобами.

- Депрессивные проявления у мальчиков чаще проявляются в пубертатном возрасте, у девочек – после завершения пубертата. До пубертатного периода маниакальные состояния встречаются редко.

- Непосредственные реакции горя при переживании утраты в детском возрасте выражены меньше, чем в подростковом.

- Завершенные суициды до подросткового возраста редки, но заметно учащаются в подростковом и юношеском возрасте.

**Симптомы депрессии** в детском и подростковом возрасте:

**Эмоциональные:** тоскливое настроение, чувство вины, страх/раздражительность, ощущение утраты чувств, колебания настроения в течение дня.

**Когнитивные:** замедление мышления/задумчивость, нарушения концентрации внимания, снижение самооценки/самокритика, беспомощность/бессилие, чувство несостоятельности, мрачные представления о будущем, мысли о смерти, ожидание катастроф, идеи греховности, идеи обнищания.

**Соматические:** нарушения сна, снижение побуждений, потеря аппетита, потеря веса, утомляемость/разбитость, ипохондрические жалобы, вегетативные жалобы (головные боли, боли в животе).

В детском и подростковом возрасте могут начинаться такие состояния как **циклотимия** и **дистимия**.

Циклотимия – это состояние хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости.

Дистимия – это состояние сниженного настроения (субдепрессивное) с пессимизмом, чувством безнадежности, недостатком энергии.

### **Вопросы и задания**

1. Раскройте факторы возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений у детей.
2. В чем специфика эмоциональных нарушений у мальчиков и девочек?
3. Как проявляются эмоциональные нарушения подросткового возраста? Назовите факторы патологического подросткового криза.
4. Раскройте смысл понятий циклотимия и дистимия.
5. Каковы факторы подросткового суицида?

### **Рефераты**

1. Факторы детского суицида.
2. Патологические формы пубертатного криза.
3. Синдром «юношеской несостоятельности».
4. Роль семьи и ранних объектных отношений в генезе эмоциональных нарушений у детей и подростков.
5. Особенности реакции горя у детей и подростков.

## Список литературы

1. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
3. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.
5. Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
6. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.
7. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.
8. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

### Использованные информационные ресурсы

<http://www.youtube.com/watch?v=KeIpoVKlvlo>

<http://www.youtube.com/watch?v=pgYTPeUTrVY>

## Тема 5. Шизофрения в детском и подростковом возрасте

### Аннотация

Шизофрения как пример дизонтогенеза по типу искаженного развития. История исследования ранней детской шизофрении. Работы Э. Крепелина, Е. Блейлера, Е. Кречмера о шизофрении. Изучение детской шизофрении в XX веке. Классификация детской шизофрении в МКБ-10. Ее основные диагностические критерии. Проблема этиологии шизофрении, соотношение генетических, органических и психогенных факторов. Роль ранних отношений матери и младенца (М. Кляйн) в генезе шизофрении. Эпидемиология. Преморбидные психологические особенности. Динамика психического дефекта при шизофрении. Психологические особенности: личностные нарушения, нарушения памяти, внимания, представлений, фантазирования, мышления при шизофрении. Основные формы шизофрении у детей (кататоническая с постепенно наступающей деградацией психики, гебефреническая, с навязчивостями в сочетании с депрессивным фоном) и у подростков (кататоническая, гебефреническая, параноидная).

**Ключевые слова:** шизофрения, диагностические критерии, искаженный дизонтогенез, искажение психических процессов, эпидемиология, преморбид, психологические особенности.

### Методические рекомендации по изучению темы

- Студентам рекомендуется ознакомиться с лекционной частью, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать рефераты по теме и выступить с устными докладами;

- Для проверки усвоения темы студенты могут ответить на вопросы и выполнить задания по теме.

### Глоссарий

**Аутизм** – состояние, характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями.

**Гебефрения** – одна из форм шизофрении, характеризующаяся наличием в поведении выраженных черт детскости, дурашливости.

**Кататония** – психопатологический синдром (группа синдромов), основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства.

**Параноид** – бредовое расстройство, для параноидного синдрома характерны идеи преследования, воздействия с резко выраженными аффективными расстройствами.

**Резонерство** – пустое рассуждательство.

**Соскальзывание** – резкий нелогичный переход от одной мысли к другой, который пациент самостоятельно не замечает.

**Шизофрения** – полиморфное психическое расстройство или группа психических расстройств, связанное с распадом процессов мышления и эмоциональных реакций.

**Шубообразная форма шизофрении** – приступообразно-прогредиентная форма шизофрении, характеризующаяся наличием острых или подострых приступов, которые отчетливо разделяются межприступными «светлыми» промежутками.

### Содержание лекции

Шизофрению относят к тяжелым психическим заболеваниям, приводящим к дезинтеграции личности и **искажению психических процессов** (искаженного развития).

Особенно четко предположение об эндогенном происхождении особого «помешательства» с рождения были сформулированы еще в 1860 г. в работах Морел, в 1886 г. в работах Магнан и Легрейн, К выделению особой группы психозов подошли В.П. Сербский (1890) и В.П. Осипов (1907).

Опираясь на анализ начальных расстройств, основных синдромов и исходных состояний Е. Крепелин (1898) выделил группу раннего слабоумия, Е. Блейлер (1911) разработал положение об основном типе расстройств в форме аутизма и психического расщепления, обосновал наличие в группе раннего слабоумия состояний различной тяжести и назвал их шизофренией. Е. Кречмер (1924) привлек внимание к взаимосвязи шизоидных психопатий с шизофренией и типами характеров в норме. Клинико-генеалогические исследования (Kallman F., 1946, Slater E., Roth M., 1969) завершили эту целостную систему исследований шизофрении взрослых как единой клинико-нозологической единицы.

Первый этап исследований детской шизофрении был связан с накоплением данных о психозах у детей (П.И. Ковалевский, 1883, П.П. Малиновский, 1847). Вслед за работами Е. Крепелина о преждевременном слабоумии у детей появляются работы S. de Sanctis (1905, 1908), в которых он называет психоз с психомоторным возбуждением и исходом в слабоумие «*dementia praecocissima*». А.Н. Бернштейном (1912), М. Брезовским (1909), Е. Холландер (1911) были описаны состояния с кататоническими, гебефреничными, параноидными и аффективными расстройствами у детей школьного возраста и подростков, затем была показана независимость таких психозов от возраста и показана связь с подобными состояниями у взрослых.

В 30–40-е годы XX века начинается следующий этап в исследовании – это собственно интерес к детской шизофрении (Т.И. Юдин, Н.И. Озерецкий, 1924, 1938, Г.Е. Сухарева,

1937, Т.П. Симсон, 1948). Они определяют шизофрению как наследственно обусловленное заболевание с типичной психопатологической картиной, определенным течением и исходами и выделяют три основные ее формы у подростков: кататоническая, гебефреническая и параноидная, а у детей – кататоническая с постепенно наступающей деградацией психики, гебефреническая, с навязчивостями в сочетании с депрессивным фоном.

Шизофрению трудно диагностировать в детском возрасте: симптомы представлены рудиментарно, нередко отсутствуют, преобладают симптомы нарушения развития. У детей можно выделить два типа течения: постепенная с симптоматикой, похожей на гебефреническую и остро протекающую шубообластную форму с кататоническими проявлениями. В числе **основных диагностических критериев такие нарушения Я, как:**

- звучание мыслей, вкладывание или отнятие мыслей и расплывчатость мышления;
- нарушения восприятия времени, пространства, цвета, формы, образа тела;
- бред внешнего контроля и воздействия, чувство сделанности;
- слуховые галлюцинации, часто в виде голосов, комментирующие мысли и действия, или в форме диалога с обсуждением пациента.

**Этиология.** Дискуссия об этиологии и патогенезе сконцентрирована в основном на значении генетических, органических и психогенных факторов. Этиологическая роль генетических факторов не вызывает сомнений (вероятность возникновения шизофрении у детей матерей, страдающих этим заболеванием, составляет 10-15%), однако, степень их участия рассматривается по-разному. Также отмечается более высокая, чем в общей детской популяции, часто-

та органического поражения мозга у детей и подростков с шизофренией.

Большое количество исследований посвящено шизофреническому дизонтогенезу (Г.Е. Сухарева, Г.К. Ушаков). Бендер (1958), Фаретра (1972), Фиш (1979) показали несхожесть шизофрении в детском и взрослом возрасте, сходство нарушенных форм поведения с нормальным поведением у детей. Они обнаружили повреждения физиологических функций, обменных процессов, обосновали предположение о существовании внутриутробной процессуальной шизофрении, что доказывало наследственный тип возникновения.

Многие специалисты усматривают множественную причинность заболевания, придавая особое значение ранним отношениям матери и младенца (М. Кляйн, Л. Беллак). Решающее значение в этих исследованиях придается «дезорганизации» личности в межперсональных отношениях. М. Малер рассматривает заболевание в круге симбиотических психозов. В норме она выделяет 3 стадии: 1–4 месяц аутистическая фаза, 5–12 – симбиотическая, 12–24 индифферентная. При расхождении сексуального созревания ребенка и автономизации его эго-функции эмоциональное созревание и дифференциация не наступают. Тогда эго-функция становится фрагментарной и симбиоз застревает.

**Эпидемиология:** 4 % случаев начинается в возрасте до 15 лет, 1 % – до 10 лет. Пациенты-дети составляют 1–2 % от всех пациентов. 10 % случаев дебютирует между 14 и 20 годами, 42 % – между 21 и 30 годами.

**Преморбид.** До начала заболевания детям часто бывают свойственны: усиленная реакция на незначительные стимулы, аффект злобы, немотивированные изменения настроения, эгоцентризм, односторонность интересов, неумение справляться с трудностями, создание своего «царства», бесчувственность в сочетании с садизмом. Еще до манифе-



станции заболевания такие дети испытывают трудности, связанные с учением. Ребенок начинает плохо учиться, у него могут появляться «страшные мысли» о будущем, возникают мрачность, задумчивость, ощущение, что к нему плохо все относятся, одиночество, оторванность, «любовь к дальнему, отвращение к ближнему».

Психические процессы только что заболевшего, находящегося в остром приступе, пациента отличается от состояния ребенка, болеющего давно, процесс которого стабилизировался, либо нарастает дефект. Однако можно отметить сходство качественных особенностей процессов во всех формах. Большое значение имеет интенсивность процесса: чем острее процесс, тем полиморфнее, ярче психические нарушения на высоте острого состояния, психическая структура больного оказывается в более сильной дезинтеграции, чем при вялопротекающем процессе.

При шизофрении на первый план выступают **личностные нарушения**: происходит отчуждение от социума, нарастает аутизация, меняются интересы, приобретая все более причудливую форму. Речь может приобретать форму шепота, пациентам характерны потеря стремлений к деятельности, эмоциональная холодность и отрешенность.

**Нарушения восприятия** при шизофрении включают: невозможность объединять отдельные элементы в целостный образ, трудности выделения наиболее значимых существенных признаков. Пациенты акцентируют латентные признаки – легкие, не (мало) значимые, гиперконкретные, застревание на несущественных элементах, субъективно интерпретируя детали. При описании картин дети, больные шизофренией, не уделяют внимания переживаниям действующих лиц, часто не могут понять картины с содержанием эмоционального характера. Характерны случайность, фрагментарность и односторонность восприятия.

Непроизвольное **внимание** нарушается медленнее, чем произвольное. Даже при тяжелых формах можно обнаружить, что пациенты-дети (подростки) способны были заметить и запомнить малозаметные детали. Однако такие дети могли выполнять задания только после значительной стимуляции. Характерна особая рассеянность (когда в единый поток мыслей пациента вклиниваются отвлекающие мысли). При невозможности сосредоточиться на **запоминании** предложенного материала могут страдать все виды памяти (механическая и логическая), вместе с этим словесный материал запоминается легче, чем зрительный. В целом, на запоминание большое влияние оказывает состояние больного в момент запоминания. Пациентам характерно забывание воспринятых впечатлений, однако процесс забывания имеет закономерности: больше всего забывается то, о чем хочется забыть, но иногда прочнее держаться в памяти именно те факты, которые связаны с тяжелыми неприятными впечатлениями. У больных шизофренией при вяло текущем процессе память достаточно сохранна, у больных с высоким общим развитием лучше логическая память, чем механическая.

У детей и подростков, больных шизофренией, отмечаются особенности **представлений**: например, они говорят, живут «как в сказке», «как во сне», между ними и всем окружающим находится «густой воздух», достаточно закрыть глаза и мир «исчезает» из реальности. Дети отмечают, что им трудно представить какой-то предмет, потому что для этого нужно почувствовать, а «это невозможно», предметы «как будто пустые». В связи с этими особенностями детям трудно даются некоторые школьные предметы (где необходимо представлять, например, геометрия).

Нарушается и процесс **фантазирования**, он приобретает патологическую форму: дети поглощены своей патологической продукцией, все больше теряют связь с реальным ми-

ром. Дети одушевляют неживые (в том числе и неигровые) предметы, разговаривают с ними, не замечая границы между вымыслом и тем, что есть на самом деле, воспринимают как реальность все, что фантазируют, часто создают иллюзорных товарищей для игр. Такая игра приводит к нарушению социализации, потере социальных контактов, аутизации.

Особо следует отметить патологию **мышления**. Она проявляется в сочетании слабости процессов обобщения, невозможности охватить целое и выделить главное. Дети часто фиксируются на некоторых деталях, забывая о других. Характерна неравномерность интеллектуальной продуктивности в виде более высокого качества ответов при выполнении вербальных задач по сравнению с наглядными, сложное более доступно, чем простое. Детям бывает трудно регулировать ход мышления: зачастую их мысль распадается на несколько ассоциаций, которые актуализируются одновременно и параллельно, таким образом, мысли «разбегаются в разные стороны». Иногда пациенты жалуются, что кто-то внедряет им в голову мысли, отмечают чуждость мыслей. Таким образом, единство мыслительного процесса разрушается, нарушается целенаправленность мышления. В целом можно выделить три формы нарушений мышления у детей и подростков с шизофренией:

- невозможность правильного обобщения ведет к поверхностному обобщению, когда часть начинает играть роль целого;
- аффективные и субъективные связи становятся на место логических;
- мышление «соскальзывает», то есть «спускается» на генетически низшие ступени.

Наряду с этим отмечаются нарушения схемы тела, нарушения пространственных представлений, спутанность связей и эмоциональная уплощенность.

## Вопросы и задания

1. История исследования детской шизофрении.
2. Основные диагностические критерии детской шизофрении, ее особенности в отличие от шизофрении у взрослых.
3. Основные формы детской шизофрении.
4. Психологические теории развития шизофрении.
5. Преморбидные психологические особенности при шизофрении.
6. Психологические особенности детей и подростков с шизофренией.

## Рефераты

1. Факторы развития детских психозов с точки зрения разных психологических теорий.
2. Особенности структуры и взаимоотношений в семьях с детьми, страдающими шизофренией.
3. Патопсихологические симптомокомплексы РДА.
4. Арт-терапия в работе с детьми, имеющими диагноз шизофрения/РДА.
5. Г. Аспергер и Л. Каннер: сравнение подходов.

## Список литературы

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). – М.: Медицина, 1989. – 256 с.
2. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
4. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.

6. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.

7. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2009. – 288 с.

8. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.

9. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

### **Использованные информационные ресурсы**

<http://www.autism.ru/read.asp?id=82&vol=0>

<http://www.autism.ru/read.asp?id=82&vol=0>

<http://www.dragonbleutv.com/documentaires/2-le-mur>

<http://www.youtube.com/watch?v=pKAuSBf1g4I&feature=youtu.be>

<http://tfilm.tv/14271-templ-grandin.html>

## **Тема 6. Невротические расстройства в детском и подростковом возрасте**

### **Аннотация**

Понятие «детская нервность». Виды нервности: невротические реакции и неврозы. Их классификация по МКБ-10. Комплексная этиология невротических реакций и неврозов: конституциональные, генетические факторы, резидуально-органическая недостаточность. Роль психотравмирующей ситуации. Понятие «невропатии» (нервная ослабленность), проявления невропатии в детском возрасте. Факторы развития детского невроза, влияние семьи и стиля родительского воспитания. Невроз и его роль в задержке психического развития. Неврастения, фобический, обсессивный, истерический неврозы: проявления, основной конфликт, специфика семейной среды, особенность психотравмирующей ситуации. Наиболее частые невротические проявления у детей и подростков. Страхи: виды страхов, страх смерти и его динамика у детей, социофобия. Энурез и энкопрез, дизонтогене-

тический фактор при энурезе, энкопрезе. Дизонтогенетические факторы при невротическом заикании.

**Ключевые слова:** детская нервность, этиология, задержка психического развития, невропатия, невротические реакции, невроз, центральный конфликт.

### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с лекционной частью, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать рефераты по теме и выступить с устными докладами;
- Для проверки усвоения темы студенты могут ответить на вопросы и выполнить задания по теме.

### **Глоссарий**

**Компульсия** – периодически, через произвольные промежутки времени, возникающее навязчивое поведение, которое характеризуется быстро угасающей борьбой мотивов.

**Конверсия** – процесс, в результате которого отвергнутое психическое содержание превращается в телесные феномены.

**Неврастения** – психическое расстройство из группы неврозов, проявляющееся в повышенной раздражительности, утомляемости, утрате способности к длительному умственному и физическому напряжению.

**Невропатия** – нервная ослабленность, которая постепенно уменьшается с возрастом, если для этого созданы благоприятные условия в семье.

**Обсессия** – периодически, через неопределённые промежутки времени, возникающие у человека навязчивые нежелательные произвольные мысли, идеи или представления.

**Социофобия** – упорная иррациональная боязнь исполнения каких-либо общественных действий, либо действий, сопровождаемых вниманием со стороны посторонних лиц.

**Фобия** – симптом, сутью которого является иррациональный неконтролируемый страх или устойчивое переживание излишней тревоги в определённых ситуациях или в присутствии (ожидании) некоего известного объекта.

**Энкопрез** – недержание кала.

**Энурез** – недержание мочи.

### Сокращения

**МКБ-10** – Международная классификация болезней, 10-й пересмотр.

### Содержание лекции

Неврозы относятся к заболеваниям, которыми может заболеть практически любой изначально психически здоровый ребенок. Детские психиатры различают разные заболевания и состояния, которые объединяют под названием «**детская нервность**». Различают **невротические реакции**, возникающие у детей на сверхсильные раздражители, а также астено-невротические реакции, возникающие на фоне соматически ослабленного состояния. **Неврозы** являются более стойкими расстройствами и носят системный характер. Невротические реакции и неврозы могут сопровождаться функциональными нарушениями ЦНС: тиками, заиканием, энурезом, энкопрезом.

**Этиология** этих состояний комплексная, большое значение имеют конституциональные и генетические факторы. В частности, близнецовые методы показывают высокую конкордантность у однойцовых близнецов (Х. Ремшмидт, 2001) по сравнению с двумяцовыми. Во-вторых, дети и подростки с невротическими расстройствами по сравнению со здоровыми детьми более возбудимы и менее способны к адаптации, зачастую такие дети имеют высокий уровень интеллектуального развития, наделены одаренностью (хрестоматия по детской патопсихологии). Значение имеет также и резидуальная

церебральная органическая недостаточность. К ней может привести выраженная патология преимущественно второй половины беременности, воздействие токсических веществ, (в том числе и алкоголя), вирусные инфекции, резус-несовместимость и так далее. Патогенными факторами могут быть преждевременные роды или недоношенность. Решающее значение в развитии невротических состояний принадлежит фрустрирующей психотравмирующей ситуации. Такая ситуация, взаимодействуя с индивидуально-психологическими особенностями ребенка (повышенной ранимостью, робостью, нерешительностью, застенчивостью, социальной отгороженностью, более высокой возбудимостью или наоборот тормозимостью) воздействует как «ключ к замку» и приводит к возникновению тревоги, которая канализируется в симптом. Ситуации, способные провоцировать тревогу и, таким образом, генерировать невротическое состояние, многообразны, они могут быть кратковременными, острыми и хроническими.

К частым проявлениям нервности в детском возрасте относятся **невропатии** – нервная ослабленность, которая постепенно уменьшается с возрастом, если для этого созданы благоприятные условия в семье. Невропатии у ребенка сразу после рождения проявляются частыми вздрагиваниями от шума, беспокойным сном. К году проявления невропатии становятся отчетливо выраженными и такими остаются в течение нескольких ближайших лет. Они проявляются: повышенной склонностью к беспокойству на фоне заостренной эмоциональной чувствительности и лабильности, легкой утомляемостью, общей нервной не выносливостью, плохой переносимостью шума, духоты и яркого света, нарушениями сна в виде его поверхностности, чуткости или наоборот глубоким сном с непроизвольным мочеиспусканием, затрудненным засыпанием, уменьшенной потребностью в дневном



сне, головными болями, головокружениями, рвотами, спазмами (в частности ларингоспазмом), потливостью, ознобами, соматической ослабленностью.

**Детский невроз** – это психогенное заболевание формирующейся личности, то есть такое заболевание, которое затрагивает значимые аспекты формирования личности, систему ее отношений, в первую очередь, это взаимоотношения в семье и затем уже отношения со сверстниками и другими взрослыми. Невроз возникает после психического потрясения, вызванного реальной или воображаемой угрозой для жизни ребенка или близких для него людей. Невроз не начинается вдруг, а развивается в течение более или менее продолжительного времени, в течение которого накапливается и не получает своего разрешения нервно-психическое напряжение. При неврозе психогенная ситуация всегда «звучит» в переживаниях ребенка и находит свое отражение в возникающей невротической симптоматике.

При разрешении неразрешимых обстоятельств невротическая симптоматика имеет тенденцию к уменьшению. Однако, невротические состояния ребенка могут приводить и к **задержке его психического развития**.

Как уже указывалось выше частыми патогенными ситуациями для детей и подростков являются ситуации семейного взаимодействия: атмосфера семьи, отношение родителей друг к другу (неуважение, скандалы, злоупотребления родителями алкоголем, драки), стиль родительского воспитания (чрезмерные и или нестабильные требования к ребенку, заброшенность, эмоциональная холодность родителей и так далее). Среди школьных ситуаций чаще всего: конфликты со сверстниками, соперничество, притеснения со стороны старших школьников, неадекватные отношения со стороны учителей, ситуации оценивания, например, экзамен.

Общими для всех клинических форм неврозов являются состояние беспокойства, тревоги и расстройства вегетативной регуляции. Психомоторные нарушения, представленные тиками, заиканием, энурезом, также могут быть при любом неврозе. Каждая форма невроза имеет свой, присущий ей центральный конфликт.

При **неврастении** преобладают повышенная психическая утомляемость, отвлекаемость и трудности концентрации внимания, сочетающиеся с раздражительной слабостью (недержание эмоций и их быстрое истощением), общая вялость и не выносливость. При неврастении особенность психотравмирующей ситуации состоит в том, что потребности со стороны родителей не согласованы с возможностями ребенка. Он не может, не смотря на свое желание, утвердить себя в каких-то значимых для себя областях или сторонах отношений, проявляется конфликт самоутверждения.

При **фобическом неврозе** характерно большое количество страхов, высокий уровень тревожности и неуверенности в себе. Ребенок при неврозе страха не способен защитить себя, свое «Я» от внутренних и внешних угроз. Это конфликт самоопределения – уверенности в себе, прочности своего развивающегося «Я» при встрече с воображаемыми или реальными опасностями.

**Невроз навязчивых состояний (обсессивный)** характеризуется идущими, помимо желания, навязчивыми страхами, мыслями и действиями, нередко при наличии постоянных сомнений и колебаний в принятии решений. Обсессивный невроз детерминирован нравственно-этическим или моральным конфликтом – наличием каких-либо несовместимых чувств и желаний в психике ребенка. Например, стремление мальчика походить на отца может сталкиваться с грубым отношением отца к матери, к которой ребенок эмоционально привязан. Несовместимыми могут

быть чувства долга и любви, формирующие сексуальные желания и запрет.

**В истерическом неврозе** на первый план выступают расстройства настроения, капризность, эгоизм, фиксация внимания окружающих на своем болезненном состоянии. Истерический невроз подразумевает конфликт между субъективно завышенными желаниями и возможностями их реального удовлетворения. Чаще всего конфликт обусловлен внешними препятствиями для реализации заостренной потребности в любви и признании или доминировании в отношениях с окружающими, подчинения им. С целью получения любви, компенсации недостающего внимания ребенок может жаловаться на беспричинное недомогание, необъяснимые боли и давно ушедшие страхи.

Перечисленные конфликты взаимно дополняют друг друга и перекрывают весь спектр конфликтных отношений формирующейся личности. Общим для всех видов конфликтов является наличие внешнего препятствия на пути выражения чувств и желаний, неспособность или невозможность разрешить его своими силами, возникающие вследствие этого напряжение и беспокойство. Следует подчеркнуть, что речь идет о внутреннем, перманентно протекающем и индивидуально проявляющемся конфликте, который не всегда обнаруживается внешне, психологически «невооруженным» глазом и который принципиально отличается от открытого противостояния.

**Страхи.** Бояться – это естественная, здоровая реакция не только для ребенка, но и для взрослого. Однако испуг, боязнь чего-либо следует отличать от **патологического страха**, критериями которого являются: чрезмерная интенсивность страха, необычное содержание и необычные объекты, вызывающие страх, неадекватность реакции страха ситуации, в которой он возник, хронизация страха и ограничение со-

циальной активности в связи со страхом, невозможность его преодоления. Дошкольники часто боятся животных, сказочных персонажей, чужих людей, возникают также страхи темноты, засыпания, огня, пожара, страхи наказания родителями. Высокую интенсивность к 6–7 годам достигает страх смерти. Боязнь умереть – это возрастное отражение формирующейся концепции жизни, ее точкой отсчета является рождение, тайна которого постигается в общих чертах к началу старшего дошкольного возраста, а концом – смерть, осознание неизбежности, которое приходит впервые и проявляется соответствующим страхом. О страхе смерти могут свидетельствовать другие, связанные с ним, страхи: сна, нападения, огня, пожара, страх заболеть (у девочек), страх стихии (у мальчиков). К 8 годам дети уже больше боятся смерти родителей. В школьном возрасте страхи выражены меньше, чем в дошкольном, но связаны они в большей степени с социальной ситуацией. В школьный период начинается социальный страх – **социофобия**. Интенсивность страхов связана с особенностями семейной ситуации. Они выше в семьях, где больше ссорятся, проявляют строгость к ребенку, либо где родители больше тревожатся о состоянии ребенка. В последнем случае каналом передачи страха является забота матери.

**Энурез.** Ведущим фактором энуреза является невропатия, определяющую роль в которой играют нарушения сна (беспокойный сон в сочетании с двигательным беспокойством). Чрезмерная глубина сна – это компенсаторное торможение, возникающее в ответ на повышенную утомляемость или возбужденность в течение дня. Дизонтогенетическим фактором энуреза является неравномерность психомоторного развития ребенка: замедленность/убыстренность темпа развития и скованность/быстрота движений. Особую роль в формировании энуреза играет стресс, возникающий в связи с несовместимостью темпераментов родителей и детей (флегма-

тичный, медленный ребенок у быстрой матери, например). Усугубляющий фактор энуреза – семейно-бытовой в виде недостатка заботы и любви, отсутствие родительских чувств, непонимание психологических факторов в психическом развитии ребенка.

**Энкопрез** – недержание кала может начаться в любом возрасте, чаще в 5 лет, часто сочетается с энурезом. Существует сходство факторов между этими двумя нарушениями. Недержание кала чаще всего наблюдается днем, во время игры, прогулки, когда естественный позыв ребенка подавляется. Постепенно развивается атрофия позыва, дети становятся нечувствительными к нему и к запаху кала. Полная атрофия позыва наблюдается у детей, отцы которых злоупотребляют алкоголем, а также детям с тяжелыми истощающими заболеваниями со стороны ЖКТ (диспепсия, дизентерия, запоры).

**Заикания.** Определяющую роль при заикании играет конституциональный фактор, или общая с родителями речевая, моторная и коммуникативная недостаточность. Также может быть общая недостаточность моторики движений, скованность, напряженность, возбудимость. В процессе развития речи детям может быть трудно переводить внутреннюю речь во внешнюю, они больше понимают, чем могут сказать, проявляют молчаливость и неразговорчивость. Психотравмирующим фактором может быть принуждение к общению, большое количество взрослых, помещение в ясли, отрыв от родителей. Другим – дизонтогенетическим – фактором выступает нарушения темпа развития речи, его неравномерность. Эта неравномерность может являться отражением неравномерностью общего психического развития. В целом, заикание при неврозах характеризуется: возникновением после испуга волнений и напряжений, зависимостью в своем течении от действия психологических факторов, возобновлением в обстановке, оживляющей психотравму, большей

частью спазматическим (а не судорожным как при органических нарушениях) характером затруднений, торможением в начале разговора, особенно при общении вне семьи, непостоянным ситуативным течением.

### **Вопросы и задания**

1. Какие факторы на ваш взгляд являются ведущими при возникновении невротических реакций и неврозов?
2. В чем особенность психотравмирующей ситуации в генезе неврозов? Какова роль индивидуально-психологических особенностей?
3. Раскройте смысл понятия «невропатия».
4. Опишите основные виды конфликтов при неврозах.
5. В чем состоит дизонтогенетический фактор при возникновении энуреза и энкопреза?
6. Раскройте динамику страхов у детей в разном возрасте.

### **Рефераты**

1. Психологические факторы детского заикания.
2. Страх смерти у детей и его динамика.
3. Формирование обсессивного невроза у детей: факторы и механизмы.
4. Переживания зависти у дошкольников как фактор невротизации, виды зависти.
5. Психологические подходы к исследованию детских неврозов.

### **Список литературы**

1. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
3. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.

4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.

5. Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.

6. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.

7. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.

8. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

### **Использованные информационные ресурсы**

<http://www.youtube.com/watch?v=aO-QYyQ1vkE>

<http://www.youtube.com/watch?v=2BAxeqFpeBU>

[http://www.youtube.com/watch?v=iDjmuiwqL\\_0](http://www.youtube.com/watch?v=iDjmuiwqL_0)

## **Тема 7. Психосоматические нарушения у детей**

### **Аннотация**

Представленность психосоматических расстройств в МКБ-10. Соматоформные расстройства. Типы симптомов при психосоматических расстройствах. Критерии диагностики психосоматических расстройств у детей и подростков: основные и дополнительные. Особенности психосоматических расстройств в младенческом, школьном и подростковом возрасте. Этапность развития психовегетативных нарушений. Психологические теории происхождения психосоматических расстройств. Конверсионная модель З. Фрейда. Психосоматический симптом как результат разрешения конфликта в ВНС, вегетативный невроз и теория векторов Александера. Психосоматический симптом как результат незрелых психологических защит (модель Митчерлиха). Психосоматический симптом как результат нарушения объектных отношений.

Психосоматический симптом как результат алекситимии. Психосоматический симптом как результат дисфункции семейной системы. Понятие внутренней картина болезни и ее особенности у детей и подростков.

**Ключевые слова:** психосоматические расстройства, соматоформные расстройства, конверсионные расстройства, соматизация, критерии психосоматических расстройств у детей и подростков, внутренняя картина болезни.

### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с лекционной частью, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать рефераты по теме и выступить с устными докладами;
- Для проверки усвоения темы студенты могут ответить на вопросы и выполнить задания по теме.

### **Глоссарий**

**Идиосинкразия** – болезненная реакция, возникающая у некоторых людей в ответ на определённые неспецифические раздражители.

**Соматизация** – один из механизмов психологической защиты человека – образование телесных симптомов или «бегство в болезнь».

**Алекситимия** – это неспособность воспринимать и называть словом чувства, своеобразная «душевная слепота».

**Идентифицированный пациент** – это тот член семьи (чаще всего ребенок), который в силу внутренних и внешних причин (вовлечение в конфликт, принятие на себя патологизирующих проекций родителей, блокирование ими аутентичности ребенка и свободы его выбора) испытывает сильное эмоциональное напряжение и тревогу, обнаружив



вает симптом или то поведение, которое называют симптоматическим.

### Сокращения

**ВНС** – вегетативная нервная система

**МКБ-10** – международная классификация болезней, 10-й пересмотр

**ВКБ** – внутренняя картина болезни

### Содержание лекции

**Психосоматические расстройства** – это расстройства функций органов и систем, обусловленные психическими, в частности аффективными нарушениями, которые возникают в функционально перегруженных, конституционально-неполноценных или поврежденных висцеральных системах.

В классификации болезней МКБ-10 отсутствует термин «психосоматические». Это связано, во-первых, с различиями значения понятия при разных психиатрических традициях, а во-вторых, с тем, чтобы не подразумевалось, будто при других заболеваниях психологические факторы не имеют значения в их возникновении, течении и исходе.

В клинической практике психосоматические расстройства преимущественно классифицируются как соматоформные расстройства. **Соматоформными** называют соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой, уже описанной психической симптоматики (например, депрессия или паническое расстройство).

Жалобы, предъявляемые больными, касаются тех органов или систем, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы (сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой). Симптомы обычно бывают двух типов, ни один из которых не указывает на фи-

зическое расстройство затрагиваемого органа или системы. **Первый тип симптомов**, на котором во многом основывается диагностика, характеризуется жалобами, отражающими объективные признаки вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потливость, покраснение, тремор. **Второй тип** характеризуется более идиосинкратическими, субъективными и неспецифическими симптомами, такими как ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, напряжения, раздувания или растяжения. Эти жалобы относятся больным к определенному органу или системе (к которым может относиться и вегетативная симптоматика).

### **Критерии диагностики психосоматических расстройств у детей и подростков**

#### **Основные:**

1. Наличие функциональных нарушений, сопровождающихся, а нередко только проявляющихся болями, не связанных с органическими изменениями со стороны органов и систем, подтвержденных параклинически и ориентированными на определенную висцеральную систему.

2. Связь функциональных нарушений и/или боли с эмоциональными (аффективными) факторами.

3. Функциональные нарушения и болевые проявления чаще всего не относятся к специфическим признакам психических заболеваний, а сопутствуют не резко выраженным аффективным (депрессивным) нарушениям, которые не замечаются больными и врачами или же им придается второстепенное значение.

4. Спонтанность возникновения и редукция психосоматических расстройств объяснимы действием психоэмоциональных факторов.

#### **Дополнительные:**

1. Невозможность уложить соматическое проявление в симптоматику какого-либо соматического заболевания.

2. Полисистемность поражения (наличие функциональных нарушений или болевых проявлений в нескольких органах и системах).

3. Диссоциация между степенью выраженности функциональных нарушений (или болевых проявлений) и поведением больного – «марафон» по специалистам в поисках своего врача в результате неудовлетворенности результатами предшествующего обследования и лечения.

4. Связь отрицательных эмоций с личностными особенностями больных, колебание состояния под влиянием различных факторов (психогенных, психофизических, интоксикации, метео- и так далее).

5. Доминирование долгосрочной памяти (нарушение временного восприятия и фиксация на прошлых переживаниях).

6. Отчетливые постоянные психологические характеристики пациентов.

7. Внешне гладкие и формальные социальные контакты.

Большинство врачей группируют психосоматические расстройства по возрастному признаку.

**В младенческом возрасте** к этим расстройствам относятся: колики третьего месяца, метеоризм, аэрофагию, срыгивания, жвачку (мерицизм), анорексию грудного возраста, извращение аппетита (симптом Пика), недостаточную прибавку массы тела, тучность, остановку развития, приступы нарушения дыхания, спастический плач, нарушения сна, запор, энкопрез, внезапную смерть младенца (ВСМ).

**В дошкольном возрасте** наблюдают такие психосоматические расстройства, как запор, понос, «раздраженный кишечник», боли в животе, циклические рвоты, отказ от жевания, анорексия и булемия, энкопрез, энурез, ожирение, нарушение сна, лихорадка и другие.

**У детей школьного возраста и подростков** к числу психосоматических расстройств относят мигрень, «ростовые

боли», рекуррентные боли меняющейся локализации, нарушения сна, приступы гипервентиляции, обмороки, вегето-со-судистую дистонию, бронхиальную астму, нервную анорексию, булемию, ожирение, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, энкопрез, энурез, расстройства менструального цикла.

#### **Этапность развития психовегетативных нарушений.**

1 этап – психосоматические реакции (чаще встречаются в младшем возрастном периоде – до 10 лет);

2 этап – локализованное психосоматическое состояние (в школьном и подростковом возрастах, начиная с 7 лет);

3 этап – психосоматическое заболевание (после 10-летнего возраста, в среднем и старшем подростковых периодах).

### **Психологические теории происхождения психосоматических расстройств**

**Конверсионная модель З. Фрейда** – симптом как результат конверсии психической энергии. Под **конверсией** З. Фрейд понимал смещение психического конфликта и попытку разрешить его через различные симптомы в области тела. В процессе конверсии либидо отделяется от бессознательных вытесненных представлений, и его энергия преобразуется в соматическую сферу, благодаря чему патогенный конфликт удаляется из сознания. В соматическом симптоме символически представлено то, что должно было содержаться в бессознательной фантазии. В последующем такой процесс образования симптома был назван **соматизацией**.

**Психосоматический симптом как результат разрешения конфликта в ВНС, модель вегетативного невроза и теория векторов Александера.** Согласно данной модели, если бессознательный конфликт не имеет выхода вовне, то он приводит к эмоциональному напряжению, сопровождаемому устойчивыми изменениями в ВНС. Такие изменения

(согласно Александеру) могут повлечь изменения тканей и органов. В отличие от теории конверсии, в данном процессе отсутствует символический выразительный характер выбора органа поражения и отсутствует эмоциональное облегчение. Динамические силы биологических структур организма образуют три вектора: 1) получение/принятие, 2) удаление/выделение, 3) накопление/сохранение. Специфический психический конфликт между векторами влечет за собой нарушения работы органов.

**Психосоматический симптом как результат незрелых психологических защит (модель Митчерлиха).** Митчерлих предложил двухэшелонную линию обороны при образовании психосоматического симптома:

1. Попытка справиться с конфликтом при помощи психических средств на психосоциальном уровне (копинг-стратегии, невротические защитные механизмы).

2. Соматизация как защита второго эшелона, которая может привести к структурным изменениям органа.

3. Психотическое симптомо-образование (Кернберг) (в частности, специалисты отмечают, что детская онкология является состоянием, коморбидным психозу).

**Психосоматический симптом как результат нарушения объектных отношений.** В теориях М. Кляйн, Р. Фейрберна, Д. Винникота, О. Кернберга и других авторов психика и личность представляются как результат связей ребенка с внешним миром, которые запоминаются (интернализуются) в виде «объектных отношений». «Объекты» – люди, с которыми человек ступает в отношения во внешнем мире, а также внутренние психические представления (внутренние объекты), которые создаются на основе этих отношений. Теория объектных отношений рассматривает ребенка как «открытую систему», постоянно вступающую в отношения с внешним миром. Разнообразные нарушения объектных от-

ношений (в том числе и потеря объекта) приводят к психосоматическим симптомам.

**Психосоматический симптом как результат алекситимии.** **Алекситимия** (термин предложен П. Сифнеос) – это неспособность воспринимать и называть словом чувства, своеобразная «душевная слепота». Многие авторы отмечают характерную общую особенность детей и сновидений, мечтаний, подростков с психосоматическими нарушениями: бедность фантазии, эмоциональную скудность, конкретно-предметный, механистичный тип мышления, специфическая блокировка чувств, что приводит к снижению способности символа-образования, обеднение межличностного взаимодействия. Предполагается, что алекситимия может возникать как: 1) последствие пережитой психической травмы, 2) как особенность, возникающая у ребенка в процессе его воспитания эмоционально-обедненной (например, депрессивной, зависимой) матерью (ухаживающим объектом).

**Психосоматический симптом как результат дисфункции семейной системы.** В рамках системного семейного подхода семья рассматривается как система, характеризующаяся следующими принципами: 1) целое больше, чем сумма частей, 2) факторы, затрагивающие систему в целом, влияют на каждого ее члена, 3) расстройство одной части системы отражается на другой ее части. Гармоничная семейная система гибкая, ее члены быстро и адекватно реагируют на изменения внешней и внутренней ситуации. В такой системе родительская, супружеская и детская подсистемы имеют четкие границы. Дисгармоничная семья не обеспечивает личностный рост ее членов, в результате чего актуальные потребности самого «слабого» члена системы (чаще ребенка) не удовлетворяются, что приводит к возникновению у него симптома. В таком случае ребенок может стать **идентифицированным пациентом** (это единственный способ выразить эмоции в семье).

Одним из основных факторов, влияющих на протекании заболевания, возможности выздоровления, является **внутренняя картина болезни** (ВКБ). Одним из первых исследователей ВКБ был немецкий врач А. Гольдштейдер (1926), который выделял два уровня картины болезни: сенситивный (основанный на ощущениях) и интеллектуальный (основанный на размышлении).

А.Р. Лурия называл внутренней картиной болезни целый комплекс, куда входят: общее самочувствие, ощущение, восприятие, эмоции, представления о болезни. В настоящее время под ВКБ понимают субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их взаимовлияния, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь.

У детей дошкольного возраста собственная оценка заболевания еще не сформирована, у детей младшего школьного возраста она недостаточно полная и только в пубертатном возрасте приближается к оценке взрослых.

По сравнению со взрослыми дети более тяжело переносят боль и страдания, боятся больничной обстановки, медицинских инструментов и манипуляций, хирургического вмешательства. Во многом реакция ребенка на болезнь и его поведение в условиях болезни зависят от влияния окружающих, в первую очередь родителей и врачей. Следует помнить, что дети повышенно внушаемы, отвлекаемы, быстро забывают пережитое, переключаются на новую ситуацию. Эти особенности детской психики важно учитывать при проведении лечения, как с профилактической целью, так и с целью устранения возникших психических нарушений. В подростковом и юношеском возрасте в переживаниях, связанных с заболеванием, центральное место занимает внешняя непривлекательность.

## Вопросы и задания

1. Раскройте смысл понятия «психосоматический».
2. Каковы основные критерии психосоматических расстройств у детей и подростков?
3. В чем особенности психосоматических расстройств в младенческом и школьном возрасте?
4. Каковы этапы развития психосоматического расстройства?
5. Приведите клинический пример и предложите гипотезы возникновения расстройства с учетом различных психосоматических теорий.
6. В чем особенности внутренней картины болезни у детей и подростков?

## Рефераты

1. Психологические особенности детей с онкозаболеваниями.
2. Психологические механизмы развития астмы у детей.
3. Понятие «кожа-Я», и ее формирование в младенчестве.
4. Структура и динамика ВКБ у детей с ХПН.
5. Психосоматическое и психотическое реагирование: сходства и различия.

## Список литературы

1. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
3. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.
4. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
5. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.



6. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.

7. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.

8. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

### **Использованные информационные ресурсы**

<http://www.youtube.com/watch?v=O-BJTt0viJc>

<http://www.youtube.com/watch?v=obbDxQ1CB1U>



---

---

## Раздел 3 ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

### Практическое занятие 1 Клинико-биографический метод при исследовании детей и подростков

#### Аннотация

Формирование навыков ведения клинической беседы с родителями ребенка и сбора информации, касающейся истории развития ребенка.

**Ключевые слова:** история развития ребенка, алгоритм сбора информации, клиническая беседа.

#### Методические рекомендации по изучению темы

- Студентам рекомендуется ознакомиться с планом занятия и теоретической частью, где дается алгоритм ведения клинической беседы с родителями;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается провести в школе (или клинике) клиническую беседу с родителем ребенка, имеющего трудности, написать отчет и выступить с устным докладом;
- Рекомендуемая структура беседы с родителями и рекомендуемая структура отчета приведены в описании задания.

#### План занятия

1. Опрос теоретического материала.
2. Выступление студентов с рефератами.
3. Теоретическая часть: алгоритм ведения клинической беседы с родителями и сбора информации.

4. Практическое задание в малых группах: ролевая игра и применение метода клинической беседы.

5. Дискуссия с обсуждением результатов малых групп.

**Теоретическая часть: алгоритм ведения клинической беседы с родителями и сбора информации.** При наличии множества факторов риска, высокой коморбидности и нескольких зон возможной дисфункции, современная оценка детей и подростков, имеющих те или иные психические нарушения, требует тщательного сбора анамнеза. Алгоритм сбора информации представляет собой универсальную форму, которую можно использовать в качестве диагностического инструментария.

История развития ребенка:

1. Возраст, род занятия родителей к моменту беременности. Здоровье родителей к моменту беременности, ее желательность, ожидаемый пол ребенка. Радость/разочарования у членов семьи по поводу пола ребенка, его внешности, характера. Наличие хронических заболеваний у родителей. Характер предыдущей беременности, наличие аборт, выкидышей, смертей и их влияние на супружеские отношения. Отношения между родителями в период беременности и сразу после родов. Роды: срочные, продолжительность, отклонения в процессе родов. Ретроспективная оценка состояния матери в тот период.

2. Раннее моторное и психо-эмоциональное развитие. Характер поведения на первом году жизни, наличие проблем (с питанием, сном), реакции на пеленание. Наличие «страхов» раннего возраста: боязнь громких звуков, переключения света, чужих людей, трудности привыкания к твердой пище. Реакции на изменение режима. Отношение к матери, комплекс оживления. Кто ухаживал за ребенком, особенности ухода, соблюдение режима, наличие противоречий между ухаживающими. Характер вскармливания. Отношение

к кормлению у матери и ребенка. Наличие гипо- гипертонии, частые срыгивание, дрожжание. Сроки моторного развития, отношение матери к достижениям ребенка. Начало вокализации, особенности игровых действий. Понимание ребенком интонационной стороны речи взрослых. Контакт ребенка с окружающим, людьми и предметами.

3. Где находился ребенок в возрасте до 3 лет. Условия помещения в детский сад/ясли. Характер адаптации ребенка. Значимые изменения в социальном и семейном статусе родителей. Переезды, разводы. Темпы, сроки, особенности речевого развития. Начало фразовой речи. Эмоциональное развитие и коммуникационные навыки ребенка. особенности игровой деятельности. Особенности кризиса 3-х лет. Наличие и характер страхов, особенности моторного развития, навыков. Состояние здоровья ребенка.

4. Особенности развития в период от 3 до 5,5 лет. Основные вопросы тождественны предыдущим. Семейные и социальные условия. Приспособления к требованиям социального окружения.

5. Развитие от 5,5 до 7 лет. Когнитивное развитие ребенка. Взаимодействие с членами семьи, с отцом, матерью, сиблингами. Возможность существовать в треугольнике (ребенок-мать-отец). Умение взаимодействовать со сверстниками, способность к ролевой игре. Развитие волевой сферы. Наличие проблем психологического плана. Адаптация к правилам поведения. Готовность к школьному обучению. Неспецифические особенности: повышенная истощаемость, снижение работоспособности, эмоциональная лабильность. Возбудимость, трудности регуляции поведения. Наличие заболеваний, хирургических вмешательств.

6. Развитие в младшем школьном возрасте (7-11 лет). Характер адаптации к регулярному обучению, трудности усвоения школьного материала. Сроки, условия возникновения

жалоб. Эмоционально-личностные проблемы, двигательная расторможенность, неуправляемость, поведенческие девиации. Частота пропусков занятий по болезни. Успеваемость, провалы в школьном образовании. Специфика социальной и семейной ситуации. Отношение к родителям и другим членам семьи. Отношения с ровесниками.

7. Анамнез заболевания. Время возникновения симптомов. Связь с особенностями деятельности и ситуацией. Наличие «светлых промежутков». Динамика состояния.

8. Опыт общения со специалистами помогающих профессий (школьный психолог, социальный работник, психотерапевт и другие): позитивный, негативный и нейтральный опыт.

**Задание:** разделить в группы по три человека. Один студент – родитель ребенка, обращающийся к клиническому психологу с проблемой, второй студент – психолог, третий – наблюдает и описывает их взаимодействие. В течение 15–20 минут «родитель» и «психолог» ведут беседу, опираясь на описанный выше алгоритм. Задача психолога – исследовать историю развития ребенка. Рекомендации студенту, играющему родителя: он может использовать реальную историю знакомого ему ребенка (или свою историю). После завершения беседы все участники обсуждают сделанное с акцентом на том, что удалось, что осталось не раскрыто, что можно было бы расспросить и какие вопросы при этом можно было бы задать. Можно также обсудить эмоциональный фон беседы. По завершении участники меняются ролями. После завершения каждая группа делится основными наблюдениями, задает проблемные вопросы.

### **Задание для самостоятельной работы**

В школе (или в клинике) провести клиническую беседу с родителем ребенка, имеющего трудности. При проведении беседы исследовать историю развития ребенка. Написать от-

чет по проведенной работе: «Использование метода клинической беседы. История развития ребенка». Рекомендуемая структура отчета:

1. Раскрыть причину обращения родителя к психологу, указать проблему так, как ее видит родитель, его/ее видение причины проблемы.

2. Особенности контакта родителя с психологом: активность, спонтанность, наличие у родителя вопросов, обвиняющая/сотрудничающая, заинтересованная/незаинтересованная позиция и так далее.

3. Раскрыть содержание беседы и отразить особенности развития ребенка по пунктам, указанным в алгоритме интервью.

### **Список литературы**

1. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.

2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.

3. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003. – С. 209–258.

4. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед.вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.

5. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.

6. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.

7. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

## **Практическое занятие 2**

### **Семейно-диагностическое интервью**

#### **Аннотация**

Формирование навыков проведения семейно-диагностического интервью. Семейный анамнез.

**Ключевые слова:** семейный анамнез, семейно-диагностическое интервью, генеалогия.

#### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с планом занятия и теоретической частью, где дается алгоритм исследования генеалогии семьи;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается провести в школе (или клинике) семейно-диагностическое интервью с семьей, написать отчет и выступить с устным докладом;
- Рекомендуемая структура интервью с семьей и рекомендуемая структура отчета приведены в описании задания.

#### **Глоссарий**

**Генеалогия** – родословная; систематическое собрание сведений о происхождении, преемстве и родстве фамилий и родов; в более широком смысле – наука о родственных связях вообще.

#### **План занятия**

1. Опрос теоретического материала.
2. Выступление студентов с рефератами.
3. Теоретическая часть: семейно-диагностическое интервью.
4. Практическое задание в группе: ролевая игра с применением метода семейно-диагностического интервью.
5. Дискуссия с обсуждением результатов.

## Теоретическая часть

При решении диагностических задач бывает важно исследовать генеалогию семьи – прародительских семей (семьи матери, семьи отца), родительской семьи и семей близких родственников. Беседа проводится с участием всей семьи, включая ребенка (и других детей). Рекомендуемый алгоритм беседы:

1. Контакт – присоединение: узнать имена, договориться о продолжительности и цели встречи, сделать акцент на диагностических проблемах.

2. Поддержка: сохранение семейной структуры и правил – начинать с главы семьи, проявлять уважение к семейным правилам. Рекомендуется начинать опрос с менее вовлеченных членов семьи, дать каждому высказаться. Отражать во взаимодействии особенности семьи, присоединяясь к ее стилю.

3. Изучить предшествующий опыт решения проблемы.

4. Исследовать индивидуальную проблематику пациента.

При исследовании семейного анамнеза могут быть заданы следующие вопросы:

1. Возраст вступления в брак, условия, при которых он заключен, наличие предыдущих браков, причины разводов. Наличие в семье других членов. Краткое описание членов семьи и микро-социального окружения.

2. Общая характеристика семьи, ее состав. Недавние изменения в составе семьи. Семейные надежды и планы.

3. Кто еще вовлечен в жизнь пациента (соседи, друзья)? Кто из них включен в обсуждение проблемы?

4. Как распределено пространство квартиры между членами семьи.

При работе с семьей обращать внимание на следующие особенности семьи: особенности коммуникации членов семьи (нападки, критика, юмор), качество договоренностей, особенности эмоциональных связей, способы совладания со



стрессом, особенности социальных навыков у членов семьи, семейные треугольники.

**Задание:** в группе выбираются два участника (психологи), 4 человека – «семья» (он распределяют между собой роли). Остальные участники наблюдают за процессом, фиксируют результаты: они могут распределить между собой точки наблюдения. Беседа с «семьей» проводится в течении 25–30 минут. Затем результаты обсуждаются в группе: что удалось исследовать в ходе беседы? Какова генеалогия данной семьи, как развивалась проблема? Каковы особенности коммуникации членов семьи между собой?

**Задание для самостоятельной работы:** разделиться на малые группы по два-три человека. Каждая группа проводит семейно-диагностическое интервью с семьей. Результаты интервью группа представляет в виде отчета: «Использование метода семейно-диагностическое интервью». Рекомендуется следующий алгоритм отчета:

1. Раскрыть причину обращения родителей к психологу.
2. Особенности взаимодействия членов семьи друг с другом и с психологами: границы, семейные правила, активность, спонтанность, наличие у родителя вопросов, обвиняющая/сотрудничающая, заинтересованная/незаинтересованная позиция и так далее.
3. Раскрыть содержание беседы и отразить особенности семейной истории и связь с историей развития ребенка по пунктам, указанным в алгоритме интервью. Использовать «Карту истории развития ребенка» (в приложении).

### Список литературы

1. Детская психопатология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
3. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003. – С. 209–258.

4. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.

5. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.

6. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.

7. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

### **Практическое занятие 3**

#### **Организация патопсихологического исследования**

##### **Аннотация**

Цель и задачи патопсихологического исследования, особенности организации патопсихологического исследования, подготовка патопсихологического заключения.

**Ключевые слова:** патопсихологическое исследование.

##### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с планом занятия и теоретической частью, где даются структура и организация патопсихологического исследования;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать заключение патопсихологического исследования на основе составленного на занятии протокола и выступить с устным докладом;
- Рекомендуемая структура заключения приведена в теоретической части.

##### **Сокращения**

**ИПО** – индивидуально-психологические особенности

##### **План занятия**

1. Опрос теоретического материала.

2. Выступление студентов с рефератами.

3. Теоретическая часть: структура и организация патопсихологического исследования, подготовка патопсихологического заключения.

4. Практическое задание: общее знакомство с основными патопсихологическими методиками (методики исследования нарушений памяти, мышления, ИПО) и составление протокола в ходе выполнения патопсихологического исследования преподавателем с одним из студентов.

5. Дискуссия с обсуждением результатов (целей, задач, структуры), сравнением протоколов, совместное написание заключения патопсихологического исследования.

### **Теоретическая часть**

Принципы «функциональной пробы» и моделирования в эксперименте обычной психической деятельности пациента. Системный качественный анализ нарушений психики. Использование методов количественной оценки данных. Необходимость применения комплекса диагностических методов при обследовании каждого больного. Выбор стратегии и тактики обследования в зависимости от задач и ИПО больного. Обследование больных с целью описания структуры дефекта. Патопсихологическое исследование с целью получения данных для дифференциальной диагностики. Патопсихологические симптомокомплексы. Особенности взаимодействия с пациентом на каждом этапе патопсихологического исследования. Составление протокола исследования. Патопсихологическое заключение. Требования к патопсихологическому диагнозу. Рекомендации к патопсихологическому заключению.

**Задание:** в процессе проведения патопсихологического исследования преподавателем каждый из студентов ведет протокол исследования, затем в группе обсуждаются результаты.

## **Задание для самостоятельной работы**

Написать заключение патопсихологического исследования на основе составленного на занятии протокола.

### **Список литературы**

1. Блейхер В.М., Крук К.В., Боков С.И. Практическая патопсихология. – М.: Воронеж: НПО «МОДЭЮ», 2002. – С. 7–47.
2. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Проективная психология / под ред. Р.М. Римской. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2001, С. 260–344.
3. Венгер А.Л. психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
5. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
6. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
7. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.
8. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 224 с.
9. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: приложение (стимульный материал). – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 159 с.
10. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. – СПб.: Речь, 2003. – 133 с.

## **Практическое занятие 4**

### **Исследование познавательных процессов в патопсихологическом эксперименте**

#### **Аннотация**

Исследование познавательных процессов в патопсихологическом эксперименте. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки.

**Ключевые слова:** познавательные процессы, диагностика.

#### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с планом занятия и теоретической частью, где даются способы исследования познавательных процессов в патопсихологическом исследовании;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается провести исследование познавательных процессов ребенка, имеющего трудности в обучении, написать заключение патопсихологического исследования познавательных процессов и выступить с устным докладом;
- Рекомендуемая структура заключения приведена в теоретической части.

#### **План занятия**

1. Опрос теоретического материала.
2. Выступление студентов с заключениями патопсихологического исследования, написанных на основе составленных протоколов.
3. Теоретическая часть: исследование познавательных процессов в ходе патопсихологического исследования. Методики исследования памяти (заучивание 10 слов, пиктограмма, опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву, заучивание рассказов), мышления (методики классификации, исключения, сравнения понятий, понимание переносного смысла)

пословиц и метафор, понимание рассказов, кубики Кооса, бланковые методик). Требования к инструкции, показания к применению. Диагностические возможности методик. Основные показатели, подлежащие оценке. Типы возможных ошибок, их квалификация и диагностическое значение.

4. Практическое задание: разделиться на пары. В парах провести исследование познавательных процессов (в обе стороны) с использованием методик запоминание 10 слов, пиктограмма, классификация предметов, исключение 4-го лишнего, сравнение понятий. Провести анализ полученных данных, проанализировать ошибочные ответы, раскрыть их диагностическое значение.

5. Обсудить результаты в группе.

### **Задание для самостоятельной работы**

Провести исследование познавательных процессов ребенка, имеющего трудности в обучении. Составить протокол исследования. Написать заключение исследования познавательных процессов с анализом видов ответов.

### **Список литературы**

1. Блейхер В.М., Крук К.В., Боков С.И. Практическая патопсихология. М.: Воронеж: НПО «МОДЭЮ», 2002. С. 7–47.

2. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Проективная психология / под ред. Р.М. Римской. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2001, С. 260–344.

3. Венгер А.Л. психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.

4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.

5. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.

6. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.

7. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

8. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 224 с.

9. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: приложение (стимульный материал). – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 159 с.

10. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. – СПб.: Речь, 2003. – 133 с.

## **Практическое занятие 5**

### **Исследование нейродинамики в патопсихологическом эксперименте**

#### **Аннотация**

Исследование нейродинамики в патопсихологическом эксперименте. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки.

**Ключевые слова:** нейродинамика, диагностика.

#### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с планом занятия и теоретической частью, где даются способы исследования нейродинамики в патопсихологическом исследовании;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается провести исследование сенсо-моторной сферы, внимания, умственной работоспособности, динамической стороны мышления ребенка, имеющего трудности в обучении, написать заключение патопсихологического исследования и выступить с устным докладом;

- Рекомендуемая структура заключения приведена в теоретической части.

### **План занятия**

1. Опрос теоретического материала.
2. Выступление студентов с заключениями патопсихологического исследования познавательных процессов.
3. Теоретическая часть: исследование нейродинамики в ходе патопсихологического исследования. Методики исследования сенсо-моторной сферы, внимания, умственной работоспособности, (корректирующие пробы, счет по Крепелину, отыскивание чисел по таблицам Шульте и Шульте-Горбова), динамической стороны мышления (методики классификации, исключения, сравнения понятий, понимание переносного смысла пословиц и метафор, понимание рассказов, кубики Кооса, ассоциации, бланковые методики). Требования к инструкции, показания к применению. Диагностические возможности методик. Основные показатели, подлежащие оценке. Типы возможных ошибок, их квалификация и диагностическое значение.
4. Практическое задание: разделить на пары. В парах провести исследование сенсо-моторной сферы, внимания, умственной работоспособности, динамической стороны мышления (в обе стороны) с использованием изученных методик. Провести анализ полученных данных, проанализировать ошибочные ответы, раскрыть их диагностическое значение.
5. Обсудить результаты в группе.

### **Задание для самостоятельной работы**

Провести исследование сенсо-моторной сферы, внимания, умственной работоспособности, динамической стороны мышления ребенка, имеющего трудности в обучении. Составить протокол исследования. Написать заключение исследования с анализом видов ответов.



## Список литературы

1. Блейхер В.М., Крук К.В., Боков С.И. Практическая патопсихология. – М.: Воронеж: НПО «МОДЭЮ», 2002. – С. 7–47.
2. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Проективная психология / под ред. Р.М. Римской. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2001. – С. 260–344.
3. Венгер А.Л. психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
5. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
6. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
7. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.
8. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 224 с.
9. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: приложение (стимульный материал). – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 159 с.
10. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. – СПб.: Речь, 2003. – 133 с.

## Практическое занятие 6

Исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей ребенка в ходе патопсихологического исследования

### Аннотация

Исследование эмоционально-волевой сферы и личностных особенностей ребенка в патопсихологическом экспери-

менте. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки.

### **Сокращения**

**ИПО** – индивидуально-психологические особенности (больного).

**ДДЧ** – рисуночная методика «дом, дерево, человек».

**Ключевые слова:** эмоционально-волевая сфера, ИПО, диагностика.

### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с планом занятия и теоретической частью, где даются способы исследования эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей ребенка в патопсихологическом исследовании;

- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать заключение исследования с анализом эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей обследованного (на практическом занятии) и выступить с устным докладом;

- Рекомендуемая структура заключения приведена в теоретической части.

### **План занятия**

1. Опрос теоретического материала.

2. Выступление студентов с заключениями патопсихологического исследования сенсо-моторной сферы, внимания, умственной работоспособности, динамической стороны мышления ребенка, имеющего трудности в обучении.

3. Теоретическая часть: исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей ребенка в ходе патопсихологического исследования. Приемы опосредованного изучения личности. Учет возни-

кающего входе эксперимента отношения к исследованию в целом и к отдельным заданиям, к собственным ошибкам и оценкам экспериментатора. Роль экспериментатора в актуализации или нивелировании этого отношения. Варьирование тактики ведения эксперимента. Исследование уровня притязаний, исследование пресыщения. Исследование самооценки. Проективные методики: «дом, дерево, человек» (ДДЧ), пиктограмма. Тестовые методики (СМОЛ). Исследование личности через анализ ассоциаций. Требования к инструкции, Показания к применению.

4. Практическое задание: разделиться на пары. В парах провести исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей (в обе стороны) с использованием методик: уровень притязаний, исследование самооценки, «Пиктограмма», ДДЧ, «Ответные речевые реакции», «Ассоциативный тест». Обработка результатов.

5. Обсудить результаты в группе.

### **Задание для самостоятельной работы**

Написать заключение исследования с анализом эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей обследованного.

### **Список литературы**

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). – М.: Фолиум, 1994. – 175 с.
2. Блейхер В.М., Крук К.В., Боков С.И. Практическая патопсихология. – М.: Воронеж: НПО «МОДЭЮ», 2002. – С. 7–47.
3. Бороздина Л.В. Исследование уровня притязаний: учеб. пособие. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 103 с.
4. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Проективная психология. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2001. – С. 260–344.

5. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
7. Лакошина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
8. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
9. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.
10. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 416 с.
11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Практическое руководство. – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 224 с.
12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: приложение (стимульный материал). – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 159 с.
13. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. – СПб.: Речь, 2003. – 133 с.

## Практическое занятие 7

Дифференциальная диагностика уровня интеллекта

### Аннотация

Особенности дифференциальной диагностики нижней границы интеллектуальной нормы и олигофрении. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки.

**Ключевые слова:** нижняя граница интеллектуальной нормы, олигофрения, диагностика.

## **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с планом занятия и теоретической частью, где дается выбор тактики проведения дифференциальной диагностики исследования нижней границы интеллектуальной нормы и олигофрении в патопсихологическом исследовании;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается обследовать в клинике ребенка, направленного с целью дифференциальной диагностики уровня интеллекта, подготовить заключение и выступить с устным докладом.

### **План занятия**

1. Опрос теоретического материала.
2. Выступление студентов с заключениями исследования (анализ эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей обследованного).
3. Теоретическая часть: выбор тактики проведения дифференциальной диагностики исследования нижней границы интеллектуальной нормы и олигофрении. Варьирование тактики ведения эксперимента. Исследования уровня мышления при выполнении вербальных и невербальных заданий, графических и наглядно-образных. Сопоставление продуктивности выполнения заданий более низкой и более высокой сложности. Исследование понимания логических связей, причинно-следственных отношений, уровня отвлечения и обобщения, уровня осведомленности.
4. Практическое задание: разделиться на пары, каждая пара получает готовые протоколы исследования (детей, находящихся в клинике с целью дифференциальной диагностики уровня интеллекта). В парах провести анализ протоколов исследования, предложить и обосновать гипотезы, касающиеся уровня интеллекта обследованного ребенка.
5. Представить результаты в группе.

## Задание для самостоятельной работы

В клинике обследовать ребенка, направленного с целью дифференциальной диагностики уровня интеллекта. Составить протокол исследования, написать заключение.

### Список литературы

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). – М.: Фолиум, 1994. – 175 с.
2. Блейхер В.М., Крук К.В., Боков С.И. Практическая патопсихология. – М.: Воронеж: НПО «МОДЭЮ», 2002. – С. 7–47.
3. Бороздина Л.В. Исследование уровня притязаний: учеб. пособие. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 103 с.
4. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Проективная психология / под ред. Р.М. Римской. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2001. – С. 260–344.
5. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: «Академия», 1999. – 208 с.
7. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
8. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
9. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.
10. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 416 с.
11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Практическое руководство. – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 224 с.
12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Приложение (стимуль-

ный материал). – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 159 с.

13. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. – СПб.: Речь, 2003. – 133 с.

## **Практическое занятие 8**

### **Патопсихологическое исследование детей с органическими нарушениями ЦНС**

#### **Аннотация**

Особенности патопсихологического обследования познавательных процессов и ИПО ребенка с экзогенно- и эндогенно-органическим поражением ЦНС. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки.

#### **Сокращения**

**ИПО** – индивидуально-психологические особенности (больного).

**ЦНС** – центральная нервная система.

**Ключевые слова:** экзогенно-органическое поражение ЦНС, эндогенно-органическое поражение ЦНС, экзогенно- и эндогенно-органический патопсихологический симптомокомплекс, познавательные процессы, ИПО, диагностика.

#### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с планом занятия и теоретической частью, где даются особенности экзогенно- и эндогенно-органического патопсихологического симптомокомплексов;

- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается подготовить реферат по теме «Умственная отсталость. Психические расстройства вследствие повреждения головного мозга».

## **План занятия**

1. Опрос теоретического материала.
2. Выступление студентов с рефератами.

3. Теоретическая часть: особенности экзогенно- и эндогенно-органического патопсихологического симптомокомплексов. Планирование обследования (выбор тактики обследования, определение набора методик). Исследование ИПО, динамики протекания психических процессов, памяти, внимания, мышления. Обработка и интерпретация полученных результатов. Выделение симптомокомплекса нарушений психической деятельности. Оценка степени выраженности нарушений. Составление и обсуждение заключений.

4. Практическое задание: разделиться на пары. Каждая пара получает готовые протоколы исследования (детей с органическими нарушениями ЦНС, находящихся в клинике с целью определения структуры психической деятельности). В парах провести анализ протоколов исследования, предложить и обосновать гипотезы, касающиеся структуры нарушений психической деятельности и их природы (экзогенно/эндогенно-органический генез) у обследованного ребенка.

5. Представить результаты в группе.

### **Задание для самостоятельной работы**

Подготовить реферат по теме «Умственная отсталость. Психические расстройства вследствие повреждения головного мозга» (выбрать из списка).

### **Список литературы**

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). – М.: Фолиум, 1994. – 175 с.
2. Блейхер В.М., Крук К.В., Боков С.И. Практическая патопсихология. – М.: Воронеж: НПО «МОДЭЮ», 2002. – С. 7–47.



3. Бороздина Л.В. Исследование уровня притязаний: учеб. пособие. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 103 с.
4. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Проективная психология / под ред. Р.М. Римской. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2001. – С. 260–344.
5. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
7. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
8. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
9. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.
10. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 416 с.
11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 224 с.
12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: приложение (стимульный материал). – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 159 с.
13. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. – СПб.: Речь, 2003. – 133 с.

## **Практическое занятие 9**

### **Исследование структуры патохарактерологического развития**

#### **Аннотация**

Структура патохарактерологического развития и ее диагностика. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки.

## Сокращения

**ИПО** – индивидуально-психологические особенности (больного).

**ПДО** – пато-характерологический диагностический опросник (Леонгарда-Шмишека).

**Ключевые слова:** патохарактерологическое развитие, познавательные процессы, индивидуально-психологические особенности (ИПО), диагностика.

### Методические рекомендации по изучению темы

- Студентам рекомендуется ознакомиться с планом занятия и теоретической частью, где даются знания в области планирования обследования подростка с патохарактерологическим развитием;

- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается написать реферат по теме «Поведенческие и аффективные расстройства в детском и подростковом возрасте. Шизофрения в детском и подростковом возрасте».

### План занятия

1. Опрос теоретического материала.
2. Выступление студентов с заключениями патопсихологического обследования ребенка (в клинике) с предполагаемым диагнозом шизофрения, РДА.
3. Теоретическая часть: планирование обследования (выбор тактики обследования, определение набора методик). Исследование ИПО, динамики протекания психических процессов, памяти, внимания, мышления. Исследования уровня притязаний и самооценки. Обработка и интерпретация полученных результатов. Неравномерность интеллектуальной продуктивности при патохарактерологическом развитии, ее структура и проявления в эксперименте. Применение проективных тестов и опросников для определения структуры

патохарактерологического развития (ПДО, СМОЛ). Оценка степени выраженности нарушений. Составление и обсуждение заключений.

4. Практическое задание: самотестирование с помощью опросников ПДО, СМОЛ. Анализ результатов и их описание. Работа в парах с протоколами обследования подростков с предполагаемым диагнозом патохарактерологическое развитие личности. Анализ протоколов, написание заключений.

5. Представить результаты в группе.

### **Задание для самостоятельной работы**

Написать реферат по теме «Поведенческие и аффективные расстройства в детском и подростковом возрасте. Шизофрения в детском и подростковом возрасте».

### **Список литературы**

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). – М.: Фолиум, 1994. – 175 с.

2. Блейхер В.М., Крук К.В., Боков С.И. Практическая патопсихология. – М.: Воронеж: НПО «МОДЭЮ», 2002. – С. 7–47.

3. Бороздина Л.В. Исследование уровня притязаний: учеб. пособие. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 103 с.

4. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Проективная психология / под ред. Р.М. Римской. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2001. – С. 260–344.

5. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.

6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.

7. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.

8. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.

9. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

10. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 416 с.

11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 224 с.

12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Приложение (стимульный материал). – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 159 с.

13. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. СПб.: Речь, 2003. – 133 с.

## **Практическое занятие 10**

Патопсихологическое обследование детей  
с диагнозом шизофрения и РДА

### **Аннотация**

Особенности патопсихологического обследования познавательных процессов и ИПО ребенка с шизофренией и РДА. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки.

### **Сокращения**

**ИПО** – индивидуально-психологические особенности (больного).

**РДА** – ранний детский аутизм.

**Ключевые слова:** шизофрения, ранний детский аутизм (РДА), познавательные процессы, индивидуально-психологические особенности (ИПО), диагностика.

## **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с планом занятия и теоретической частью, где даются знания в области планирования обследования ребенка с шизофренией и РДА;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается обследовать в клинике ребенка с предполагаемым диагнозом шизофрения/РДА, подготовить заключение и сделать устный доклад.

### **План занятия**

1. Опрос теоретического материала.
2. Выступление студентов с рефератами.
3. Теоретическая часть: планирование обследования (выбор тактики обследования, определение набора методик). Исследование ИПО, динамики протекания психических процессов, памяти, внимания, мышления. Обработка и интерпретация полученных результатов. Неравномерность интеллектуальной продуктивности при шизофрении и РДА, ее структура и проявления в эксперименте. Выделение симптомокомплекса нарушений психической деятельности. Оценка степени выраженности нарушений. Составление и обсуждение заключений.
4. Практическое задание: разделиться на пары. Каждая пара получает готовые протоколы исследования (детей с шизофренией, РДА, находящихся в клинике). В парах провести анализ протоколов исследования, описать структуру нарушений психической деятельности у обследованного ребенка.
5. Представить результаты в группе.

### **Задание для самостоятельной работы**

В клинике обследовать ребенка с предполагаемым диагнозом шизофрения, РДА. Составить протокол исследования, написать заключение.

## Список литературы

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). – М.: Фолиум, 1994. – 175 с.
2. Блейхер В.М., Крук К.В., Боков С.И. Практическая патопсихология. – М.: Воронеж: НПО «МОДЭЮ», 2002. – С. 7–47.
3. Бороздина Л.В. Исследование уровня притязаний: учеб. пособие. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 103 с.
4. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Проективная психология / под ред. Р.М. Римской. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2001. – С. 260–344.
5. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
7. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
8. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
9. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.
10. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 416 с.
11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 224 с.
12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Приложение (стимульный материал). – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 159 с.
13. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. – СПб.: Речь, 2003. – 133 с.

## **Практическое занятие 11**

Диагностика невротического патопсихологического симптомокомплекса у детей и подростков

### **Аннотация**

Особенности патопсихологического обследования детей и подростков с невротизмом и невротическими реакциями. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки.

### **Сокращения**

**ИПО** – индивидуально-психологические особенности (больного).

**Ключевые слова:** невротический патопсихологический симптомокомплекс, познавательные процессы, индивидуально-психологические особенности (ИПО), диагностика.

### **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с планом занятия и теоретической частью, где даются знания в области диагностики невротического патопсихологического симптомокомплекса;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается обследовать ребенка, имеющего те или иные невротические проявления, подготовить заключение и сделать устный доклад.

### **План занятия**

1. Опрос теоретического материала.
2. Выступление студентов с рефератами.
3. Теоретическая часть: планирование обследования (выбор тактики обследования, определение набора методик). Диагностика невротического патопсихологического симптомокомплекса, проекция актуальных переживаний в материал

нейтральных и эмоционально-окрашенных заданий. Исследование ИПО, динамики протекания психических процессов, памяти, внимания, мышления. Обработка и интерпретация полученных результатов. Оценка степени выраженности нарушений. Составление и обсуждение заключений.

4. Практическое задание: разделиться на пары. Каждая пара получает готовые протоколы исследования (детей с невротическими нарушениями). В парах провести анализ протоколов исследования, предложить и обосновать гипотезы, касающиеся структуры нарушений психической деятельности, выделить эмоционально-значимые темы, определить особенности их проработки у обследованного ребенка.

5. Представить результаты в группе.

### **Задание для самостоятельной работы**

Обследовать ребенка, имеющего те или иные невротические проявления. Составить протокол исследования, написать заключение патопсихологического обследования.

### **Список литературы**

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М.: Фолиум, 1994. – 175 с.

2. Блейхер В.М., Крук К.В., Боков С.И. Практическая патопсихология. – М.: Воронеж: НПО «МОДЭЮ», 2002. – С. 7–47.

3. Бороздина Л.В. Исследование уровня притязаний: учеб. пособие. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 103 с.

4. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Проективная психология / под ред. Р.М. Римской. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2001. – С. 260–344.

5. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.

6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.



7. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.

8. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.

9. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

10. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 416 с.

11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 224 с.

12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: приложение (стимульный материал). – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 159 с.

13. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. – СПб.: Речь, 2003. – 133 с.

## **Практическое занятие 12**

### **Исследование внутренней картины болезни**

#### **Аннотация**

Диагностика внутренней картины болезни (ВКБ) у соматически ослабленного ребенка. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки.

#### **Сокращения**

**ВКБ** – внутренняя картина болезни.

**ИПО** – индивидуально-психологические особенности (больного).

**Ключевые слова:** внутренняя картина болезни (ВКБ), познавательные процессы, ИПО, диагностика.

## **Методические рекомендации по изучению темы**

- Студентам рекомендуется ознакомиться с планом занятия и теоретической частью, где даются знания в области исследования ВКБ с помощью проективных методик и опросников;
- В качестве самостоятельной работы студентам предлагается провести патопсихологическое исследование соматически ослабленного ребенка с целью исследования его ВКБ, подготовить заключение и сделать устный доклад.

### **План занятия**

1. Опрос теоретического материала.
2. Выступление студентов с заключениями патопсихологического исследования ребенка, имеющего невротические проявления.
3. Теоретическая часть: планирование обследования (выбор тактики обследования, определение набора методик). Исследование ВКБ с помощью проективных методик и опросников. Исследование ИПО, динамики протекания психических процессов, памяти, внимания, мышления и их связи с заболеванием. Обработка и интерпретация полученных результатов. Оценка степени выраженности нарушений. Составление и обсуждение заключений.
4. Практическое задание: каждый участник 1) заполняет опросник «Типы отношения к болезни», обрабатывает полученные результаты; 2) вспоминает заболевание/симптом в своем детстве или в настоящий момент (острое/хроническое), ему предлагается нарисовать свой симптом, далее участники делятся на пары, в каждой паре по очереди один человек предъявляет свой рисунок и результаты теста. Задача второго человека – провести клиническую беседу по этим данным, выявить особенности и структуру переживания, влияние симптома на жизнь, ее качество, отношение иссле-

дуемого к симптому и динамику этого отношения, особенности компенсации.

5. Представить результаты в группе.

### **Задание для самостоятельной работы**

Провести патопсихологическое исследование соматически ослабленного ребенка с целью исследования его ВКБ. Составить протокол, написать заключение.

### **Список литературы**

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). – М.: Фолиум, 1994. – 175 с.

2. Блейхер В.М., Крук К.В., Боков С.И. Практическая патопсихология. – М.: Воронеж: НПО «МОДЭЮ», 2002. – С. 7–47.

3. Бороздина Л.В. Исследование уровня притязаний: учеб. пособие. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 103 с.

4. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Проективная психология / под ред. Р.М. Римской. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2001. – С. 260–344.

5. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.

6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.

7. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.

8. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.

9. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

10. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 416 с.

11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 224 с.

12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: приложение (стимульный материал). – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 159 с.

13. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. – СПб.: Речь, 2003. – 133 с.



---

---

## ОБЩИЙ ГЛОССАРИЙ

**Абсанс** – состояние, при котором на незначительный промежуток времени происходит потеря сознания.

**Адаптация** – процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды.

**Акселерация** – чрезмерно раннее изолированное развитие функции, сочетающееся с отставанием, ретардацией других функций.

**Алекситимия** – это неспособность воспринимать и называть словом чувства, своеобразная «душевная слепота».

**Аномальное развитие** – психическое развитие, отклоняющееся от нормального.

**Асинхрония** – неравномерное дисгармоничное развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

**Асфиксия** – удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислоты в крови и тканях, например при сдавливании дыхательных путей извне, закрытии их провета отёком, падении давления в искусственной атмосфере.

**Аутизм** – состояние, характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями.

**Афазия** – это системное нарушение уже сформировавшейся речи.

**Возраст** – это четко ограниченный отрезок времени, в пределах которого особенности физиологических функций организма, его состояние более или менее одинаковы.

**Возрастные симптомы** – отражают патологически искаженные и утрированные проявления нормального детского развития.

**Гебефрения** – одна из форм шизофрении, характеризующаяся наличием в поведении выраженных черт детскости, дурашливости.

**Гетерохрония** – естественная неравномерность психического развития.

**Деменция** – приобретенное слабоумие.

**Детская клиническая психология** – дисциплина, изучающая с помощью психологических методов влияния различных отклонений и нарушений в психическом и соматическом развитии на личность и поведение ребёнка, а также их профилактику и коррекцию.

**Детская психология** – отрасль психологии, изучающая содержание развития ребенка в каждом психологическом возрасте, закономерности перехода от одного психологического возраста к другому и движущие причины, от которых зависит этот процесс.

**Дефект** – необратимое нарушение любой психической функции.

**Дефектология** – наука о психофизических особенностях развития детей с психическими и физическими недостатками, закономерностях их обучения и воспитания.

**Естественно-научный подход** – основан на рациональном познании действительности.

**Идентифицированный пациент** – это тот член семьи (чаще всего ребенок), который в силу внутренних и внешних причин (вовлечение в конфликт, принятие на себя патологизирующих проекций родителей, блокирование ими аутентичности ребенка и свободы его выбора) испытывает сильное эмоциональное напряжение и тревогу, обнаруживает симптом или то поведение, которое называют симптоматическим.

**Идиосинкразия** – болезненная реакция, возникающая у некоторых людей в ответ на определённые неспецифические раздражители.

**Инволюция** – редукция или утрата в процессе онтогенеза отдельных функций, упрощение их организации.

**Кататония** – психопатологический синдром (группа синдромов), основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства.

**Клиническая беседа** – метод получения информации посредством устного опроса клиента и проведения терапевтической беседы при оказании психологической, психиатрической и медицинской помощи.

**Комоция** – сотрясение мозга.

**Компенсация** – процессы восполнения нарушенной или утраченной функции.

**Комплекс оживления** – это особая эмоционально-двигательная реакция ребёнка, обращенная к взрослому, включает замирание и сосредоточение при фиксации предмета или звуков, улыбку, вокализацию, двигательное оживление.

**Компульсия** – периодически, через произвольные промежутки времени, возникающее навязчивое поведение, которое характеризуется быстро угасающей борьбой мотивов.

**Конверсия** – процесс, в результате которого отвергнутое психическое содержание превращается в телесные феномены.

**Контузия** – тяжелая травма мозга.

**Коррекционный подход** – направлен на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия.

**Кризис** – поворотный момент в жизни человека, который возникает как следствие достижения им определенного уровня психологической зрелости и появлением социальных требований, предъявляемых к человеку на этой стадии.

**Методы исследования** – это те приемы и средства, с помощью которых ученые получают достоверные сведения,

используемые далее для построения научных теорий и выработки практических рекомендаций.

**Микрогенез** – процессы функционирования психики в данный момент, в результате которых происходит накопление мелких изменений.

**Наблюдение** – описательный психологический исследовательский метод, заключающийся в целенаправленном и организованном восприятии и регистрации поведения изучаемого объекта. Наблюдение – организованное, целенаправленное, фиксируемое восприятие психических явлений с целью их изучения в определённых условиях.

**Неврастения** – психическое расстройство из группы неврозов, проявляющееся в повышенной раздражительности, утомляемости, утрате способности к длительному умственному и физическому напряжению.

**Невропатия** – нервная ослабленность, которая постепенно уменьшается с возрастом, если для этого созданы благоприятные условия в семье.

**Негативные симптомы** – явления «выпадения» в психической деятельности, снижение интеллектуальной и эмоциональной активности, ухудшение процессов мышления, памяти и так далее.

**Нейропсихология** – междисциплинарное научное направление, лежащее на стыке психологии и нейронауки, нацелена на понимание связи структуры и функционирования головного мозга с психическими процессами и поведением живых существ.

**Нозологический подход** – стремление медицинских теоретиков и клиницистов к выделению нозологической единицы (заболевания), для которой характерно наличие определенной причины, однозначного патогенеза и типичных внешних проявлений и специфических структурных нарушений в тканях и органах.



**Нозология** – учение о болезнях и их классификациях.

**Норма** – это адаптивное взаимодействие с реальностью с учетом социальной роли, разделяемой групповым сознанием.

**Обсессия** – периодически, через неопределённые промежутки времени, возникающие у человека навязчивые нежелательные произвольные мысли, идеи или представления.

**Олигофазия** – основной и наиболее характерный симптом расстройств речи у эпилептиков, проявляется в затруднениях называния показываемых больному предметов.

**Отклоняющееся развитие, дизонтогенез** – развитие, протекающее в неблагоприятных условиях, патогенная сила которых превышает компенсаторные возможности индивида.

**Параноид** – бредовое расстройство, для параноидного синдрома характерны идеи преследования, воздействия с резко выраженными аффективными расстройствами.

**Пароксизмы** – кратковременные внезапно возникающие и резко прекращающиеся расстройства (психические или неврологические, например, судороги), склонные к повторному появлению.

**Патогенез** – это учение об общих принципах, закономерностях развития, течения и исхода заболевания (изучение присущих заболеванию патогенетических механизмов), механизм развития какого-либо конкретного заболевания, болезненного процесса, состояния.

**Патология** – устойчивое отклонение от нормы, имеющее отрицательное для организма биологическое значение и проявляющееся клинико-психопатологической симптоматикой и социальной дезадаптацией.

**Патопсихология** – практическая отрасль клинической психологии, «изучающая расстройства психических процессов и состояний психологическими методами, осуществляя анализ патологических изменений «на основе сопоставления с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме».

**Патохарактерологическое развитие** – психогенное патологическое формирование личности, при котором динамические отклонения в реагировании и поведении у детей, возникающие под влиянием неблагоприятных факторов, обнаруживают всё более устойчивую тенденцию к переходу в более или менее стойкие патологические изменения характера и личности в целом.

**Педология** – направление в науке, ставившее своей целью объединить подходы различных наук к развитию ребёнка.

**Первичный дефект** – нарушения, непосредственно вытекающие их биологического характера болезни.

**Постнатальный период** – послеродовой период.

**Преморбид** – предшествующее и способствующее развитию болезни состояние, когда защитные и приспособительные силы организма перенапряжены или резко ослаблены.

**Пренатальный период** – дородовой.

**Принципы исследования** – это правила, которым следуют при осуществлении той или иной деятельности.

**Продуктивные симптомы** – связаны с явлениями патологической ирритации психических процессов.

**Психиатрия** – область медицины, изучающая причины психических заболеваний, их проявления, способы лечения и предупреждения.

**Психоанализ** – 1) Учение и психотерапевтическая практика З. Фрейда; 2) Теоретическое направление в психологии и пограничных дисциплинах, восходящее к идеям З. Фрейда; 3) Особая методология исследования психики; 4) Психотерапевтический метод З. Фрейда; 5) Разнообразные психоаналитически ориентированные идеи, концепции, учения, методологии, методы, методики, техники, психотерапии, направления, течения и школы.

**Психодиагностический подход** – разрабатывает теорию, принципы и инструменты оценки и измерения индивидуальности психологических особенностей личности.

**Психологическая коррекция** – один из видов психологической помощи; деятельность, направленная на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также – деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям.

**Психосоматика** – направление в медицине (психосоматическая медицина) и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний.

**Психотерапия** – система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека, часто определяется как деятельность, направленная на избавление человека от различных эмоциональных, личностных, социальных проблем.

**Резидуально – органическое расстройство** – группа разнообразных нервно-психических нарушений у детей и подростков, которые являются следствием закончившегося органического церебрального заболевания.

**Резонерство** – пустое рассуждательство.

**Ретардация** – незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм.

**Самоактуализация** – стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей.

**Симптом** – качественное и количественное изменение протекания психических процессов. Будучи признаком болезни, сам по себе симптом не обладает нозологической специфичностью, она приобретает симптомом лишь в структуре синдрома.

**Синдром** – система взаимосвязанных в патогенезе симптомов болезни.

**Системный подход** – направление методологии научного познания, в основе которого лежит рассмотрение объекта как системы: целостного комплекса взаимосвязанных элементов; совокупности взаимодействующих объектов; совокупности сущностей и отношений.

**Соматизация** – один из механизмов психологической защиты человека – образование телесных симптомов или «бегство в болезнь».

**Соскальзывание** – резкий нелогичный переход от одной мысли к другой, который пациент самостоятельно не замечает.

**Социальная депривация** – снижение или отсутствие у индивида возможности общаться с другими людьми, – жить, функционально и культурно взаимодействуя с социумом.

**Социо-культурный подход** – основан на рассмотрении общества как единства культуры и социальности, образуемых и преобразуемых деятельностью человека (частный случай системного подхода).

**Социофобия** – упорная иррациональная боязнь исполнения каких-либо общественных действий, либо действий, сопровождаемых вниманием со стороны посторонних лиц.

**Специальная психология** – область психологии развития, изучающая особые состояния, возникающие преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов (органической или функциональной природы), проявляющихся в замедлении или выраженном своеобразии психосоциального развития ребёнка, затрудняющих его социально-психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее профессиональное самоопределение.

**Уровень нервно-психического реагирования** – сложная организация межфункциональных связей в нормальном системогенезе.

**Фобия** – симптом, сутью которого является иррациональный неконтролируемый страх или устойчивое переживание излишней тревоги в определённых ситуациях или в присутствии (ожидании) некоего известного объекта.

**Церебропатия** – врожденное или приобретенное диффузное поражение головного мозга дистрофического характера, обусловленное различными болезнями и патологическими состояниями.

**Церебростения** – одно из проявлений органического психологического синдрома, характеризуется астенией в сочетании с головными болями, головокружениями, некоторым ослаблением памяти, явлениями повышенной истощаемости интеллектуально-мнестической деятельности, вегетативными расстройствами.

**ЧМТ** – черепно-мозговая травма.

**Шизофрения** – полиморфное психическое расстройство или группа психических расстройств, связанное с распадом процессов мышления и эмоциональных реакций

**Шубообразная форма шизофрении** – приступообразно-прогредиентная форма шизофрении, характеризующаяся наличием острых или подострых приступов, которые отчетливо разделяются межприступными «светлыми» промежутками.

**Экзогенный** – возникающий в результате воздействия внешних факторов.

**Эксперимент** – метод исследования некоторого явления в управляемых условиях, отличается от наблюдения активным взаимодействием с изучаемым объектом.

**Эндогенный** – возникающий в результате воздействия внутренних факторов.

**Энкопрез** – недержание кала.

**Энурез** – недержание мочи.

**Этиология** – главная причина возникновения нарушений.

---

---

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). – М.: Медицина, 1989. – 256 с.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). – М.: Фолиум, 1994. – 175 с.
3. Блейхер В.М., Крук К.В., Боков С.И. Практическая патопсихология. – М.: Воронеж: НПО «МОДЭЮ», 2002. – С. 7–47.
4. Бороздина Л.В. Исследование уровня притязаний: учеб. пособие. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 103 с.
5. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Проективная психология / под ред. Р.М. Римской. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2001. – С. 260–344.
6. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – М.: ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.
7. Детская патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000. – 351 с.
8. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
9. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.
10. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для мед. вузов. – М.: МЕДпрессинформ, 2003. – 416 с.
11. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак.

высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.

12. Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.

13. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.

14. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2009. – 288 с.

15. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.

16. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

17. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 416 с.

18. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Практическое руководство. – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 224 с.

19. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: приложение (стимульный материал). – М.: Апрель-Пресс; Изд-во института психотерапии, 2004. – 159 с.

20. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. СПб.: Речь, 2003. – 133 с.

### **Использованные информационные ресурсы**

[http://www.medpsy.ru/books/book39\\_2.pdf](http://www.medpsy.ru/books/book39_2.pdf)

[http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_6\\_11/nomer/nomer26.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer26.php)

<http://www.autism.ru/read.asp?id=82&vol=0>

<http://www.biometrica.tomsk.ru/ftp/medicine/Prenatal.htm>

<http://www.youtube.com/watch?v=mLNSkDaDzZQ>

<http://www.youtube.com/watch?v=oQsd11uVWq4>

<http://mover.uz/watch/vWe8Oyfy/>

<http://www.youtube.com/watch?v=KeIpoBKlvlo>

<http://www.youtube.com/watch?v=pgYTPeUTrVY>

<http://www.dragonbleutv.com/documentaires/2-le-mur>

[http://www.youtube.com/watch?v=pKAuSBf1g4I&feature=y](http://www.youtube.com/watch?v=pKAuSBf1g4I&feature=youtu.be)

outu.be

<http://tfilm.tv/14271-templ-grandin.html>

<http://www.youtube.com/watch?v=aO-QYyQ1vkE>

<http://www.youtube.com/watch?v=2BAxeqFpeBU>

[http://www.youtube.com/watch?v=iDjmuiwqL\\_0](http://www.youtube.com/watch?v=iDjmuiwqL_0)

<http://www.youtube.com/watch?v=O-BJT0viJc>

<http://www.youtube.com/watch?v=obbDxQ1CB1U>





---

---

## ЗАДАНИЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

### Промежуточный тест № 1

1. Развитие нозологического подхода в психиатрии связано с именем:

- А) З. Фрейда;
- Б) Э. Сегена;
- В) Э. Крепелина;
- Г) Л.С. Выготского.

2. Педология это наука:

А) изучающая причины психических заболеваний, их проявления, способы лечения и предупреждения у детей;

Б) объединяющая подходы различных наук к развитию ребёнка;

В) изучающая содержание развития ребенка в каждом психологическом возрасте;

Г) о психофизических особенностях развития детей с психическими и физическими недостатками.

3. Автором подхода к анализу психического развития аномального ребенка с опорой на сопоставление психического развития нормально развивающихся детей и детей с отклонениями, является:

- А) Г.Я. Трошин;
- Б) А.П. Нечаев;
- В) Г.И. Россолимо;
- Г) Н.Е. Румянцев.

4. Что из перечисленного не является подходом к исследованию в клинической психологии детей и подростков:

- А) Социо-культурный;
- Б) Психодиагностический;

- В) Фармакологический;
- Г) Естественно-научный.

5. Состояние, предшествующее и способствующее развитию болезни, когда защитные и приспособительные силы организма перенапряжены или резко ослаблены, называется:

- А) преморбид;
- Б) дефект;
- В) синдром;
- Г) патогенез.

6. Признаки, а также закономерности и механизмы нарушения психической деятельности у детей в связи с наличием душевных заболеваний, патологии мозга и особых условий развития, изучает:

- А) нейропсихология;
- Б) специальная психология;
- В) психологическая коррекция;
- Г) патопсихология.

7. Исследование, которое проводится с целью описания нарушения высших психических функций (ВПФ), эмоционально-личностной сферы (ЭЛС) и сознания для выделения тех факторов, которые лежат в их основе, называется:

- А) патопсихологическое;
- Б) сбор анамнеза;
- В) нейропсихологическое;
- Г) клиническая беседа.

8. Что из перечисленного не является критерием оценки нормы:

- А) интуитивно-эмпирический;
- Б) статистический;
- В) политический;
- Г) феноменологический.

9. Микрогенез – это:

А) процессы функционирования психики в данный момент;

Б) качественная перестройка функций и отношений ребенка;

В) специфические закономерности развития;

Г) убыстрения и замедления темпа развития.

10. Что из перечисленного не относится к параллельной терминологии:

А) дизонтогенез;

Б) отклоняющееся развитие;

В) дефицитарное развитие;

Г) нарушенное развитие.

11. На выраженность повреждения при психическом развитии не оказывает влияние:

А) гетерохрония;

Б) характер повреждения;

В) время повреждения;

Д) интенсивность повреждения.

12. Сложная организация межфункциональных связей в нормальном системогенезе называется:

А) микрогенез;

Б) инволюции более ранних форм развития;

В) утрированные проявления нормального детского развития;

Г) уровень нервно-психического реагирования.

13. Пограничными между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза являются:

А) симптомы психопатии;

Б) продуктивные симптомы;

В) возрастные симптомы;

Г) негативные симптомы.

14. Тики, заикания являются проявлениями:

- А) эмоционально-идеаторного уровня реагирования;
- Б) сомато-вегетативного уровня реагирования;
- В) аффективного уровня реагирования;
- Г) психомоторного уровня реагирования.

15. Для аффективного уровня реагирования характерны:

А) синдромы и симптомы возбудимости с явлениями негативизма и агрессии;

Б) повышенная общая и вегетативная возбудимость с нарушениями сна, аппетита, желудочно-кишечными расстройствами;

В) преимущественно гипердинамические расстройства различного генеза;

Г) сверхценные увлечения и интересы.

16. Гетерохрония – это:

- А) грубые диспропорции в развитии;
- Б) психогенные нарушения развития;
- В) естественная неравномерность развития;
- Г) отставание развития психической функции.

17. Изоляция функций друг от друга есть:

А) нарушение ассоциативного типа связи между функциями;

Б) нарушение иерархического типа связи между функциями;

В) нарушение временной независимости функций друг от друга;

Г) проявление гетерохронии.

18. В классификации дизонтогенеза, предложенной Г.Е. Сухаревой, признаками, используемыми в качестве основы для типизации, являются:

А) время возникновения нарушения;

Б) обратимость нарушения;

- В) этиология нарушения;
- Г) темп развития и последовательность формирования разных сторон психической деятельности.

19. Замедление или стойкое психическое недоразвитие (общее и парциальное) называется:

- А) ретардация;
- Б) акселерация;
- В) асинхрония;
- Г) регресс.

20. Искажённое развитие является частным случаем:

- А) дисгармонии в развитии;
- Б) асинхронии в развитии;
- В) поломки в развитии;
- Г) отставания в развитии.

### **Промежуточный тест № 2**

1. Умственная отсталость это частный случай:

- А) ретардации развития;
- Б) асинхронии развития;
- В) задержки развития;
- Г) поломки развития.

2. Что не относится к этиологии олигофрении:

- А) генетические факторы;
- Б) ранние черепно-мозговые травмы;
- В) психогенные факторы;
- Г) интоксикации плода.

3. Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении включает:

- А) неравномерность интеллектуальной продуктивности с лучшим выполнением наглядного по сравнению с вербальным;
- Б) своевременную инволюцию ранних форм психического реагирования;

В) парциальность нарушений;  
Г) патологическая инертность мыслительной и сенсо-моторной сфер.

4. Афазия – это:

- А) нарушение кратковременной памяти;
- Б) неузнавание букв;
- В) системное нарушение уже сформировавшейся речи;
- Г) снижение волевого потенциала.

5. Какой из патопсихологических синдромов не имеет отношения к развитию дементного процесса у детей с ЧМТ:

- А) снижение уровня обобщения;
- Б) искажение уровня обобщения;
- В) недостаточность побуждений к деятельности;
- Г) нарушения критики и целенаправленности мышления.

6. Травматическая церебропатия включает следующие проявления:

А) неспособность к умственному напряжению, повышенная утомляемость;

Б) снижение интеллектуальной деятельности, снижение критики, бездеятельность, тугоподвижность, ригидность мышления;

В) возникновение эпилептических припадков;

Г) вялость, общую заторможенность, апатодинамический синдром, либо повышенную возбудимость, двигательную расторможенность, агрессивность, взрывчатость.

7. Изменения личности у детей и подростков, страдающих эпилепсией, включают:

А) замедленность, заторможенность реакций, устойчивый, напряженный, вязкий, ригидный аффект с повышенной раздражительностью;

Б) повышенную внушаемость и подчиняемость;

В) колебания настроения, чрезмерно быструю вовлекаемость и включаемость;

Г) тормозимость, неуверенность в себе, наличие «умственной жвачки».

8. Психогенное заболевание формирующейся личности, которое затрагивающее значимые аспекты ее формирования, систему отношений (в семье, со сверстниками и другими взрослыми) называют:

- А) неврастения;
- Б) невроз;
- В) психоз;
- Г) невропатия.

9. Конфликт самоопределения характерен для:

- А) истерического невроза;
- Б) фобического невроза;
- В) неврастении;
- Г) обсессивного невроза.

10. Особенность аффективных нарушений у мальчиков и девочек заключается в том, что:

А) девочки более склонны к депрессивным проявлениям, чем мальчики;

Б) аффективные реакции у мальчиков и девочек больше проявляются в школьной среде, чем дома;

В) аффективная возбудимость у мальчиков проявляется в раздражительности, взрывчатости, у девочек она имеет чаще истериоформный характер;

Г) нарушения аффективной сферы и поведения могут проявляться у детей разного возраста, но сглаживаются в пубертаный период.

11. Патохарактерологическое развитие приводит к формированию:

- А) неврозу;
- Б) мозаичной психопатии;
- В) «ядерной» психопатии;
- Г) «краевой» психопатии.

12. К симптомам депрессии в детском и подростковом возрасте не относятся:

- А) ощущение утраты чувств;
- Б) снижение самооценки/самокритика;
- В) склонность к вымыслам;
- Г) вегетативные жалобы (головные боли, боли в животе).

13. «Раннее слабоумие» впервые описал:

- А) Е. Блейлер;
- Б) Е. Кречмер;
- В) Е. Крепелин;
- Г) Ф. Калмен.

14. Что из перечисленного менее характерно детям и подросткам, страдающим шизофренией:

- А) «любовь к дальнему, отвращение к ближнему»;
- Б) застреваемость, ригидность аффекта;
- В) усиленная реакция на незначительные стимулы, аффект злобы;
- Г) создание своего «царства».

15. Что из перечисленного описывает скрытые мотивационные нарушения мышления при шизофрении:

- А) большая доступность наглядного материала по сравнению с вербальным;
- Б) большая доступность вербального материала по сравнению с наглядным;
- В) большая доступность простого материала по сравнению со сложным;
- Г) большая доступность сложного материала по сравнению с простым.

16. Соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой, уже описанной психической симптоматики, называются:



- А) соматоформные;
- Б) психогенные;
- В) патогенные;
- Г) неорганические.

17) Конверсионная модель З. Фрейда предполагает:

- А) трансформацию бессознательного конфликта в эмоциональное напряжение без символизации выбранного органа;
- Б) психотическое симптомообразование;
- В) отыгрывание нарушенных объектных отношений;
- Г) смещение психического конфликта и попытку разрешить его через различные симптомы в области тела.

18. Что из перечисленного не является этапом развития психосоматического заболевания у детей и подростков:

- А) локализованное психосоматическое состояние;
- Б) психосоматическое заболевание;
- В) психосоматический приступ;
- Г) психосоматические реакции.

19. Аффективно-обусловленные соскальзывания уровня обобщения являются признаком:

- А) олигофренического патопсихологического синдрома;
- Б) экзогенно-органического патопсихологического синдрома;
- В) психопатического патопсихологического синдрома;
- Г) шизофренического патопсихологического синдрома.

20. Принцип физиологической деятельности определенной мозговой структуры называют:

- А) нейропсихологическим фактором;
- Б) нейропсихологическим синдромом;
- В) нейропсихологическим подходом;
- Г) нейропсихологическим феноменом.

**Ответы на задания  
тестового контроля № 1**

1. В
2. Б
3. А
4. В
5. А
6. Б
7. В
8. В
9. А
10. В
11. А
12. Г
13. В
14. Г
15. А
16. В
17. В
18. Г
19. А
20. Б

**Ответы на задания  
тестового контроля № 2**

1. А
2. В
3. Г
4. В
5. Б
6. Г
7. А
8. Б
9. Б
10. В
11. Г
12. В
13. В
14. Б
15. Г
16. А
17. Г
18. Б
19. В
20. А

---

---

## ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. История возникновения детской клинической психологии.
2. Предмет и задачи детской клинической психологии.
3. Направления деятельности детского клинического психолога.
4. Методы исследования в детской клинической психологии.
5. Понятия норма и патология, критерии и подходы к оценке нормы.
6. Структура и задачи патопсихологического эксперимента.
7. Патопсихологические симптомокомплексы.
8. Дефект, структура дефекта, виды компенсации.
9. Уровни функциональной организации психических процессов (временная независимость функций, ассоциативный и иерархический типы связей) и их нарушения.
10. Подходы к классификации дизонтогенеза.
11. Основные причины отклонений в психическом развитии. Условия нормального развития ребенка.
12. Умственная отсталость. Механизмы формирования, особенности протекания психических процессов. Специфика диагностики.
13. Психическое развитие при органическом повреждении ЦНС. Экзогенно- и эндогенно-органический патопсихологический симптомокомплексы, их проявления в эксперименте.
14. Неврозы и невротические реакции у детей и подростков. Виды неврозов.
15. Дизонтогенетические механизмы невротических нарушений: энуреза,энкопреза.

16. Факторы патологического пубертатного криза.
  17. Особенности нарушений эмоциональной сферы у детей и подростков.
  18. Особенности исследования познавательной сферы в патопсихологическом эксперименте. Операциональные, динамические и мотивационные нарушения.
  19. Шизофрения у детей и подростков, факторы ее возникновения, психологические теории.
  20. Преморбидные особенности детей и подростков с шизофренией. Особенности психических процессов и их связь диагностика в патопсихологическом эксперименте.
  21. Понятие «патохарактрологическое развитие», его виды и причины.
  22. Виды психопатий. Особенности эмоционально-волевой сферы у подростков с формирующейся психопатией. Способы диагностики.
  23. Исследование сенсо-моторной сферы в патопсихологическом эксперименте. Методики, способы диагностики.
  24. Динамика развития психических нарушений у детей с ЧМТ.
  25. Психосоматические взаимоотношения в детском возрасте, понятие ВКБ.
  26. Психологические теории психосоматических нарушений.
-

---

## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

### Цели освоения дисциплины

1. Сформировать всесторонние и содержательные представления о нарушениях психического развития детей, механизмах и закономерностях этих нарушений, сформировать знания в области обеспечения оптимальной системы позитивных психологических воздействий с учетом всех обстоятельств, сопутствующих обследованию и лечению ребенка.

2. Научить распознавать нарушения психического развития у детей и подростков, сформировать навыки дифференциальной диагностики нарушений психического развития с использованием пато- и нейропсихологического эксперимента.

3. Сформировать навыки оказания психологической помощи детям и подросткам, имеющим нарушения психического развития, с использованием психокоррекционных технологий.

4. Сформировать у студентов психологическую готовность к работе с детьми и подростками, имеющими нарушения психического развития.

В результате освоения дисциплины **студент должен знать:**

- основные понятия детской клинической психологии: патология, норма, патогенез, нозология, симптом, синдром, дефект, дизонтогенез, патопсихологический синдром, нейропсихология, специальная психология, психосоматика, психологическая коррекция и психотерапия;
- особенности различных нарушений психического развития у детей и подростков;

- основные механизмы и закономерности возникновения нарушений психического развития, особенности их дифференциальной диагностики;

- основные психотерапевтические подходы в организации психологической помощи детям и подросткам с нарушениями психического развития.

**Студент должен уметь:**

- выявлять нарушения психического развития, используя пато- и нейропсихологическое исследование;

- проводить дифференциальную диагностику нарушений психического развития и излагать результаты в форме заключения пато- и нейропсихологического исследования;

- поддерживать контакт с ребенком/подростком, имеющим нарушения психического развития;

- проводить клиническую беседу и семейно-диагностическое интервью с родителями ребенка, имеющего нарушения психического развития;

- прогнозировать эффективность использования различных технологий психологической помощи с учетом особенностей ситуации развития и индивидуально-психологических особенностей ребенка/подростка.

**Место дисциплины в структуре  
основной образовательной программы**

Дисциплина «Детская клиническая психология» относится к профессиональному циклу дисциплин (базовая часть). Освоение дисциплины должно опираться на знания, умения и компетенции, приобретенные в процессе изучения курсов «Общая и экспериментальная психология», «Социальная психология», «Психология развития». Программа дисциплины «Клиническая психология детей и подростков» составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВПО по направлению подготовки «Психолого-педагогическое образование».

## Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины

Формируемые компетенции	Код по ФГОС ВПО
способность учитывать общие, специфические закономерности и индивидуальные особенности психического и психофизиологического развития, особенности регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях	(ОПК-1)
готовность применять качественные и количественные методы в психологических и педагогических исследованиях	(ОПК-2)
способность принимать участие в междисциплинарном и межведомственном взаимодействии специалистов в решении профессиональных задач	(ОПК-10)
готовность применять утвержденные стандартные методы и технологии, позволяющие решать диагностические и коррекционно-развивающие задачи	(ПКПП-2)
способность к рефлексии способов и результатов своих профессиональных действий	(ПКПП-4)
способность контролировать стабильность своего эмоционального состояния во взаимодействии с детьми, имеющими ОВЗ и их родителями	(ПКСПП-4)

При освоении дисциплины «Психологическая помощь детям и подросткам в кризисных ситуациях» достигаются следующие **образовательные результаты**:

– Уметь выявлять и характеризовать поведенческие и личностные проблемы обучающихся, связанные с особенностями их развития, применяя методы диагностики и оценки показателей уровня и динамики развития ребенка (ОПК-1, ОПК-2).

– Уметь взаимодействовать с другими специалистами в рамках психолого-педагогического сопровождения основных общеобразовательных программ и психолого-медико-педагогического консилиума в целях разработки и реализации программ индивидуального развития ребенка (ОПК-10).

– Освоить и адекватно применять специальные технологии и методы, позволяющие проводить коррекционно-развивающую работу (ПКПП-2).

– Обладать способностью к рефлексии способов и результатов своих профессиональных действий (ПКПП-4).

– Уметь контролировать стабильность своего эмоционального состояния во взаимодействии с детьми, имеющими ОВЗ и их родителями (ПКСПП-4).



## Структура и содержание дисциплины/ модуля

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетные единицы, 108 часов.

	Раздел дисциплины, темы раздела	Семестр / уч. неделя	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу студентов и трудоемкость (в часах)				Формы текущего контроля успеваемости (по неделям семестра) Форма промежуточной аттестации (по семестрам)
			Всего	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа студентов	
<b>1</b>	Тема 1. История детской клинической психологии, предмет, задачи, основные понятия. Принципы и методы исследования.		6	2		4	Проверка СР: рефератов и эссе
<b>2</b>	Тема 2. Клинико-био-графический метод при исследовании детей и подростков.		6		2	4	Проверка СР: отчетов по проведению клинической беседы с родителем ребенка, имеющего трудности
<b>3</b>	Тема 3. Семейно-диагностическое интервью.		6		2	4	Проверка СР: отчетов по проведению семейно-диагностического интервью с семьей

	Раздел дисциплины, темы раздела	Семестр / уч. неделя	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу студентов и трудоёмкость (в часах)				Формы текущего контроля успеваемости (по неделям семестра) Форма промежуточной аттестации (по семестрам)
			Всего	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа студентов	
<b>4</b>	Тема 4. Проблема нормы и патологии в детской клинической психологии. Представление о дизонто- генезе.		6	2		4	Проверка СР: рефератов и эссе
<b>5</b>	Тема 5. Организация пато- и нейропсихологического исследования.		6		2	4	Проверка СР: заключений патофизиологического исследования на основе составлен- ного на занятии протокола
<b>6</b>	Тема 6. Исследование по- знавательных процессов в пато- и нейропсихологи- ческом эксперименте.		6		2	4	Проверка СР: заключений исследования познава- тельных процессов ребенка, имею- щего трудности в обучении

	Раздел дисциплины, темы раздела	Семестр / уч. неделя	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу студентов и трудоёмкость (в часах)				Формы текущего контроля успеваемости (по неделям семестра) Форма промежуточной аттестации (по семестрам)
			Всего	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа студентов	
7	Тема 7. Механизмы и закономерности дизонтогенеза, его типология.		6	2		4	Проверка СР: рефератов и эссе
8	Тема 8. Исследование нейродинамики в патопсихологическом эксперименте.		6		2	4	Проверка СР: заключений исследования сенсо-моторной сферы, внимания, умственной работоспособности, динамической стороны мышления ребенка, имеющего трудности в обучении
9	Тема 9. Исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических		6		2	4	Проверка СР: заключений исследования с анализом эмоционально-волевой сферы

	Раздел дисциплины, темы раздела	Семестр / уч. неделя	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу студентов и трудоёмкость (в часах)				Формы текущего контроля успеваемости (по неделям семестра) Форма промежуточной аттестации (по семестрам)
			Всего	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа студентов	
	особенностей ребенка в ходе патопсихологическо- го исследования.						и индивидуально-психологических особенностей обследованного
<b>10</b>	Тема 10. Умственная от- сталость. Психические расстройства вследствие повреждения головного мозга.		6	2		4	Проверка СР: рефератов и эссе
<b>11</b>	Тема 11. Дифференциаль- ная диагностика уровня интеллекта.		6		2	4	Проверка СР: заключений исследования ребенка, направленного с целью диффе- ренциальной диагностики уровня интеллекта

	Раздел дисциплины, темы раздела	Семестр / уч. недели	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу студентов и трудоёмкость (в часах)				Формы текущего контроля успеваемости (по неделям семестра) Форма промежуточной аттестации (по семестрам)
			Всего	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа студентов	
<b>12</b>	Тема 12. Патопсихоло- гическое исследование детей с органическими нарушениями ЦНС.		6		2	4	Проверка СР: рефератов и эссе
<b>13</b>	Тема 13. Поведенческие и аффективные рас- стройств, шизофрения в детском и подростковом возрасте.		6	2		4	Проверка СР: рефератов и эссе
<b>14</b>	Тема 14. Патопсихоло- гическое обследование детей с диагнозом шизоф- рения и РДА.		6		2	4	Проверка СР: заключений исследования ребенка с предполагаемым диагнозом ши- зофрения/РДА

	Раздел дисциплины, темы раздела	Семестр / уч. неделя	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу студентов и трудоёмкость (в часах)				Формы текущего контроля успеваемости (по неделям семестра) Форма промежуточной аттестации (по семестрам)
			Всего	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа студентов	
<b>15</b>	Тема 15. Исследование структуры патохарактеро- логического развития.		6		2	4	Проверка СР: рефератов и эссе
<b>16</b>	Тема 16. Невротические расстройства в детском и подростковом возрасте. Психосоматические на- рушения у детей.		6	2		4	Проверка СР: рефератов и эссе
<b>17</b>	Тема 17. Выявление невротического патопси- хологического симпто- мо-комплекса у детей и подростков.		6		2	4	Проверка СР: заклучений исследования ребенка с невротическими проявлениями

Окончание таблицы

	Раздел дисциплины, темы раздела	Семестр / уч. неделя	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу студентов и трудоёмкость (в часах)				Формы текущего контроля успеваемости (по неделям семестра) Форма промежуточной аттестации (по семестрам)
			Всего	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа студентов	
18	Тема 18. Исследование внутренней картины болезни.		6		2	4	Проверка СР: заключений исследования соматиче- ски ослабленного ребенка с целью изучения его ВКБ
	Всего:		108	12	24	72	зачет

## Матрица формируемых дисциплиной компетенций

№	Разделы и темы дисциплины	Кол-во часов	Компетенции					Общее кол-во компетенций	
			ОПК-1	ОПК-2	ОПК-10	ПКПП-2	ПКПП-4		ПКСП-4
1	Тема 1. История детской клинической психологии, предмет, задачи, основные понятия. Принципы и методы исследования.	6	+		+	+		+	4
2	Тема 2. Клинико-биографический метод при исследовании детей и подростков.	6	+	+	+	+	+	+	6
3	Тема 3. Семейно-диагностическое интервью.	6	+	+	+	+	+	+	6
4	Тема 4. Проблема нормы и патологии в детской клинической психологии. Представление о дизонтогенезе.	6	+		+	+		+	4
5	Тема 5. Организация пато- и нейропсихологического исследования.	6	+	+	+	+		+	6
6	Тема 6. Исследование познавательных процессов в пато- и нейропсихологическом эксперименте.	6	+	+	+	+	+	+	6
7	Тема 7. Механизмы и закономерности дизонтогенеза, его типология.	6	+		+	+		+	4



№	Разделы и темы дисциплины	Кол-во часов	Компетенции						Общее кол-во компетенций
			ОПК-1	ОПК-2	ОПК-10	ПКМП-2	ПКМП-4	ПКСП-4	
8	Тема 8. Исследование нейродинамики в патопсихологическом эксперименте.	6	+	+	+	+	+	+	6
9	Тема 9. Исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей ребенка в ходе патофизиологического исследования.	6	+	+	+	+	+	+	6
10	Тема 10. Умственная отсталость. Психические расстройства вследствие повреждения головного мозга.	6	+	+	+	+	+	+	4
11	Тема 11. Дифференциальная диагностика уровня интеллекта.	6	+	+	+	+	+	+	6
12	Тема 12. Патопсихологическое исследование детей с органическими нарушениями ЦНС.	6	+	+	+	+	+	+	6
13	Тема 13. Поведенческие и аффективные расстройства, шизофрения в детском и подростковом возрасте.	6	+	+	+	+	+	+	4
14	Тема 14. Патопсихологическое обследование детей с диагнозом шизофрения и РДА.	6	+	+	+	+	+	+	6

№	Разделы и темы дисциплины	Кол-во часов	Компетенции						Общее кол-во компетенций
			ОПК-1	ОПК-2	ОПК-10	ПКП-2	ПКП-4	ПКСП-4	
15	Тема 15. Исследование структуры патохарактерологического развития.	6	+	+	+	+	+	+	6
16	Тема 16. Невротические расстройства в детском и подростковом возрасте. Психосоматические нарушения у детей.	6	+		+	+		+	4
17	Тема 17. Выявление невротического пато-психологического симптомо-комплекса у детей и подростков.	6	+	+	+	+		+	6
18	Тема 18. Исследование внутренней картины болезни.	6	+	+	+	+		+	6

## Содержание лекций

№	Тема лекции	Содержание
1	<p><b>История детской клинической психологии, предмет, задачи, основные понятия. Принципы и методы исследования.</b></p>	<p>История возникновения «детской клинической психологии» (Э. Сеген, А. Бине, М. Монессори, Э. Крепелин, В.М. Бехтерев, Г.Я. Трошин, А.П. Нецаев, Н.Е. Румянцев, Г.И. Россолимо). Исследования в детской клинической психологии в 1930–1940-е гг. и во второй половине 20-ого века, влияние генетики и нейронаук. Предмет детской клинической психологии, ее задачи. Детская клиническая психология как междисциплинарная область знаний. Основные разделы детской клинической психологии. Виды практической деятельности клинического психолога. Основные понятия, принципы, подходы и методы исследования.</p>
2	<p><b>Проблема нормы и патологии в детской клинической психологии. Представление о дизонтогенезе.</b></p>	<p>Понятия нормы и патологии, проблема их дифференциации. Субъективный (интуитивно-эмпирический), статистический, культурно-исторический подходы к различению нормы и патологии, подход с точки зрения адаптации и самоактуализации. Функциональная, социальная и индивидуальная норма. Континуум нормы и патологии, его уровни. Подход к норме и патологии с точки зрения возрастных этапов. Понятия кризис и микрогенез. Условия нормального психического развития. Нормальное и аномальное (отклоняющееся) развитие, дизонтогенез. Факторы дизонтогенеза: биологические и социальные. Факторы, оказывающие влияние на выраженность повреждения: время повреждения, характер повреждения, интенсивность повреждения мозга. Первичный и вторичный дефект.</p>

№	Тема лекции	Содержание
3	<b>Механизмы и закономерности дизонтогенеза, его типология.</b>	Негативные и продуктивные симптомы дизонтогенеза. Возрастные симптомы. Развитие межфункциональных связей в процессе гетерогении, нарушения межфункциональных связей. Основные диспропорции развития: ретардация и патологическая акселерация. Классификации нарушений развития. Классификации Г.Е. Сухаревой, Д. Каннера и Я. Лутца. Типология дизонтогенеза, предложенная В.В. Лебединским.
4	<b>Умственная отсталость. Психические расстройства вследствие повреждения головного мозга.</b>	Умственная отсталость, ее этиология, время повреждения. Клинико-психологическая структура дефекта. Основные законы олигофрении (по Г.Е. Сухаревой). Степени выраженности интеллектуального дефекта: дебильность, имбецильность, идиотия. Дифференциальная диагностика. Психические расстройства в связи с повреждением головного мозга, их этиология, виды. Типы деменций у детей (по Г.Е. Сухаревой). Клинические этапы отдаленных последствий поврежденного развития при травмах мозга (по М.О. Гуревич). Особенности психических процессов у детей при черепно-мозговой травме (ЧМТ) и эпилепсии.
5	<b>Поведенческие и аффективные расстройства, шизофрения в детском и подростковом возрасте.</b>	Факторы эмоциональных и поведенческих нарушений у детей и подростков. Этапы патологического развития личности, ведущие к формированию «краевой» психопатии. Аффективные расстройства в детском и подростковом возрасте: депрессия-мания, триада симптомов, циклотимия, дистимия. Шизофрения как пример дизонтогенеза по типу искаженного развития. Проблема этиологии шизофрении, соотношение генетических, органических и психогенных факторов.

№	Тема лекции	Содержание
		<p>Преморбидные психологические особенности. Динамика психического дефекта при шизофрении. Психологические особенности: личностные нарушения, нарушения памяти, внимания, представлений, фантазирования, мышления при шизофрении.</p>
6	<p><b>Неврогические расстройства в детском и подростковом возрасте. Психосоматические нарушения у детей.</b></p>	<p>Возникновение неврогических реакций и неврозов: конституциональные, генетические факторы, резидуально-органическая недостаточность, роль психотравмирующей ситуации. Невроз и его роль в задержке психического развития. Наиболее частые неврогические проявления у детей и подростков: страхи, энурез, энкопрез, заикание. Критерии диагностики психосоматических расстройств у детей и подростков. Этапность развития психосоматических нарушений. Психологические теории происхождения психосоматических расстройств. Понятие внутренней картины болезни и ее особенности у детей и подростков.</p>

## Проверка знаний и умений по дисциплине

<b>БАЗОВЫЙ МОДУЛЬ</b>				
<b>(проверка знаний и умений по дисциплине)</b>				
Тема или задание текущей аттестационной работы	Виды текущей аттестации	Аудиторная или внеаудиторная	Минимальное количество баллов	Максимальное количество баллов
Посещение лекций	Отметка в журнале	Аудиторная	4	6
<b>Практические работы:</b>				
Посещение практических занятий	Отметка в журнале	Аудиторная	6	12
Выступления с заключениями психологического исследования	Сообщение на семинаре, дискуссия, доклад	Аудиторная	12	20
Рефераты, эссе по темам	Выставка	Аудиторная	8	12
Успешная контрольная работа на занятии	Контрольная работа	Аудиторная	20	40
		Итого	50	90
<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МОДУЛЬ</b>				
Тема или задание текущей аттестационной работы	Виды текущей аттестации	Аудиторная или внеаудиторная	Минимальное количество баллов	Максимальное количество баллов
Заключения психологического исследования	Заключения	Внеаудиторная	12	20
Реферат, эссе	Реферат, эссе	Внеаудиторная	16	20
		Итого:	28	40

*Примечания:*

1) работа, выполненная менее чем на 30 %, считается неудовлетворительной и оценивается в 0 баллов;

2) студент может выполнить максимум два задания дополнительного модуля.

Дополнительные требования для студентов, отсутствующих на занятиях по уважительной причине: отработка пропущенных практических работ; выполнение пропущенных письменных работ; выполнение одного из заданий дополнительного модуля на усмотрение преподавателя.

Форма прохождения промежуточной аттестации: зачет.

## Содержание тем и методические рекомендации по проведению практических занятий

Тема	Содержание и форма проведения семинара
<b>Занятие 1.</b> Клинико-биографический метод при исследовании детей и подростков.	Знакомство с клинико-биографическим методом, алгоритмом сбора информации. Форма работы: работа в тройках, ролевая игра. Обсуждение результатов. Дискуссия.
<b>Занятие 2.</b> Семейно-диагностическое интервью.	Знакомство с семейно-диагностическим интервью. Форма работы: работа в малых группах. Дискуссия.
<b>Занятие 3.</b> Организация пато- и нейропсихологического исследования.	Цель и задачи патофизиологического исследования, особенности организации патофизиологического исследования, подготовка патофизиологического заключения. Форма: демонстрационная сессия, написание отчета, дискуссия.
<b>Занятие 4.</b> Исследование познавательных процессов в пато- и нейропсихологическом эксперименте.	Исследование познавательных процессов в патофизиологическом эксперименте. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки. Форма: работа в парах, написание отчета, дискуссия.
<b>Занятие 5.</b> Исследование нейродинамики в патофизиологическом эксперименте.	Исследование нейродинамики в патофизиологическом эксперименте. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки. Форма: работа с методиками в парах, написание отчета, обсуждение результатов, дискуссия.



Тема	Содержание и форма проведения семинара
<p><b>Занятие 6.</b> Исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей ребенка в ходе патопсихологического исследования.</p>	<p>Исследование эмоционально-волевой сферы и личностных особенностей ребенка в патопсихологическом эксперименте. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки. Форма: работа в парах с методиками, написание отчета, дискуссия.</p>
<p><b>Занятие 7.</b> Дифференциальная диагностика уровня интеллекта.</p>	<p>Особенности дифференциальной диагностики нижней границы интеллектуальной нормы и олигофрении. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки. Форма: работа в парах с готовыми протоколами исследования, написание отчета, дискуссия.</p>
<p><b>Занятие 8.</b> Патопсихологическое исследование детей с органическими нарушениями ЦНС.</p>	<p>Особенности патопсихологического обследования познавательных процессов и ИПО ребенка с экзогенно- и эндогенно-органическим поражением ЦНС. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки. Форма: работа в парах с готовыми протоколами исследования, написание отчета, дискуссия.</p>
<p><b>Занятие 9.</b> Патопсихологическое обследование детей с диагнозом шизофрения и РДА.</p>	<p>Особенности патопсихологического обследования познавательных процессов и ИПО ребенка с шизофренией и РДА. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки. Форма: работа в парах с готовыми протоколами исследования, написание отчета, дискуссия.</p>

Тема	Содержание и форма проведения семинара
<p><b>Занятие 10.</b> Исследование структуры патохарактерологического развития.</p>	<p>Структура патохарактерологического развития и ее диагностика. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки. Форма: тестирование, работа в парах с готовыми протоколами, дискуссия.</p>
<p><b>Занятие 11.</b> Выявление невротического патофизиологического симптомо-комплекса у детей и подростков.</p>	<p>Особенности патофизиологического обследования детей и подростков с неврозами и невротическими реакциями. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки. Форма: работа в парах с готовыми протоколами исследования, написание отчета, дискуссия.</p>
<p><b>Занятие 12.</b> Исследование внутренней картины болезни.</p>	<p>Диагностика внутренней картины болезни (ВКБ) у соматически ослабленного ребенка. Методики исследования, их диагностические возможности. Критерии оценки. Форма: тестирование, работа в парах, написание отчета, дискуссия.</p>

## **Образовательные технологии, включая интерактивные формы обучения**

В ходе преподавания дисциплины применяются проблемные лекции на поток студентов, обучающихся по одному направлению подготовки магистров, которые раскрывают и анализируют основополагающие теории, причинно-следственные связи.

Выполняются разнообразные виды самостоятельной работы (в том числе, эссе, рефераты, диагностические исследования детей и подростков, написания заключений психологического исследования), охватывающие основные темы дисциплины. Виды самостоятельной работы определяет педагог, однако студенты могут и сами предложить собственные идеи. Очные и дистанционные консультации по выполнению студентами творческих самостоятельных работ. Творческие отчеты студентов о выполнении своих самостоятельных заданий в виде круглых столов, дискуссий, мини-конференций, ролевых игр, практикумов по решению профессиональных задач.

Перед посещением лекции требуется ознакомиться с теоретическим материалом по соответствующей теме и проблемными вопросами. Первая лекция является вступительной, на которой объясняется логика изучения дисциплины, характеризуются основные творческие и самостоятельные работы, которые студенты должны выбрать для самостоятельного выполнения к определенному преподавателем сроку. Задания носят дифференцированный характер. Проблемная лекция предполагает изложение материала преподавателем и в конце лекции в течение 15-20 минут – интерактивное обсуждение ключевых вопросов изучаемого явления.

Практикумы включают интерактивные формы обучения:

- Творческие задания
- Кейс-метод

- Метод проектов
- Исследовательский метод
- Работа в малых группах
- Работа в парах
- Презентации

Для контроля знаний могут применяться дистанционные методы: онлайн тестирование и сообщения (ответы на задания) в чате.

### **Методические рекомендации для студентов по изучению темы**

От студентов требуется посещение лекций и семинарских занятий, участие в аттестационных испытаниях, выполнение заданий преподавателя. Оценивается активная работа студентов на практических занятиях, а также качество подготовки творческих работ, тестов, докладов и заключений по изучаемым темам. При подготовке к занятиям рекомендуется использовать материалы конспектов лекций, тексты учебников и учебных пособий, дополнительную литературу по предмету, а также научные статьи из журналов и сборников.

Рекомендации по подготовке рефератов. Реферат – это краткое изложение в письменном виде или в форме публичного выступления содержания научного труда. Это самостоятельная исследовательская работа студента, в которой автор раскрывает суть проблемы. Объем реферата должен быть в пределах 10-15 машинописных страниц. Количество источников литературы, по которым готовится реферат, должно быть не менее пяти. Реферат должен быть оформлен по правилам оформления научных трудов. В реферате должно быть оглавление, содержание теоретического исследования, заключение и список использованной литературы. Ссылки на литературные источники нумеруются в порядке упоминания, порядковый номер заключается в квадратные скобки.

При упоминании того или иного автора его инициалы пишутся перед фамилией, и указывается год публикации этой информации. Доклад по реферату – это устное изложение подготовленного материала. При выступлении с докладом оценивается также качество контакта докладчика с аудиторией. Так как курс «Детская клиническая психология» является практико-ориентированным курсом, то при подготовке доклада рекомендуется структурировать его из двух частей: теоретической и практической, в ходе которой студент сможет провести те или иные упражнения для иллюстрации теоретического материала.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Заключение экспериментально-психологического исследования

Оксана, 1992 г.р., 10 лет

При проведении психологического обследования испытуемая охотно идет на сотрудничество. Контакт носит свободный характер и сохраняется таковым до окончания эксперимента. Испытуемая спонтанно не высказывала заинтересованности в результатах исследования, но мотив экспертизы сформирован.

Эмоциональные реакции адекватны ситуации, хорошо нюансированы. Испытуемая спокойна, доброжелательна, уверена и активна. При проведении эксперимента выполняет задания в быстром темпе. Уровень трудоспособности высокий.

Целью экспериментально-психологического обследования явилось определение особенностей познавательной сферы: характера мыслительной, мнестической деятельности и характеристик внимания, а также характерологических черт, особенностей «Я-концепции» и полоролевой идентификации.

Для решения поставленных задач были использованы следующие методики:

- Для исследования мыслительной деятельности: методика исключения лишнего (вербальный и невербальный варианты), выделение существенных признаков, сходство понятий и построение простых аналогий.
- Для исследования мнестических процессов: методика пиктограмм и запоминание 10 слов.
- Для исследования функций внимания: таблицы Шульце, корректурная проба, счёт по Крепелину.
- Для исследования личности: патохарактерологический диагностический опросник ПДО, личностный дифферен-

циал, методика Лири, тест «межличностные отношения» и проективные рисуночные тесты (рисунок несуществующего животного, рисунок себя).

В результате применения перечисленных методик были получены следующие данные:

**Внимание.** Время выполнения проб на внимание не превышает среднестатистическую норму (45–30 секунд) для взрослых испытуемых. Испытуемая допускала незначительные ошибки. Задания выполняла в быстром темпе. Утомляемость на данном этапе исследования была незначительная. Обнаружен достаточный объём внимания (5–7 единиц), внимание устойчивое, концентрация и переключаемость не нарушены, избирательность или мотивационный компонент сохранены. Отмечается хорошее состояние данного психического процесса в условиях повышенной функциональной нагрузки, улучшение качества работы к концу методик, вработываемость, тренируемость, отсутствие признаков психической истощаемости.

**Память.** Выявлены устойчивые показатели течения мнестической деятельности. В методиках на непосредственное произвольное запоминание воспроизводит 100 % предъявленных стимулов с 4 раза (кривая запоминания 7, 9, 8, 10, 9, 8, 10, 10, 10, 10). Показатель удержания (ретенции) – 9 слов из 10. При исследовании процессов опосредованного произвольного запоминания эффективность составила 63 % (при норме 80% для взрослых), что, учитывая возрастной фактор, входит в нормативный диапазон. Пиктограммы носят конкретный характер, эмоционально насыщены, наблюдаются признаки высокого интеллектуального развития (наличие метафорических и геометрических образов). Т.о. не обнаружено каких-либо нарушений мнестической деятельности.

**Мышление.** В предложенных методиках при достаточном категориальном уровне давала незначительное коли-

чество ответов по конкретным признакам, в суждениях испытуемой наблюдаются конкретные объяснения при более высоком (абстрактно-логическом) уровне обобщения (т.е. испытуемая способна оперировать абстрактными понятиями на высоком уровне обобщения, но не всегда это может объяснить, данные особенности являются «хорошей нормой» для её интеллектуального развития). В целом, преобладает вербально-логический тип мышления. Скорость и темп ассоциативного процесса не нарушены. Мотивационный и личностный компоненты мышления сохранены.

С помощью ПДО был диагностирован смешанный (промежуточный) тип акцентуации характера: сочетание шизоидного (9) и сенситивного (9) типа акцентуаций без признаков социальной дезадаптации. Такое сочетание обусловлено эндогенными, прежде всего генетическими факторами, а также, возможно, особенностями развития в раннем детстве. Главными чертами, характеризующие эти типы являются замкнутость и недостаток интуиции в процессе общения, которые сочетаются с большой впечатлительностью и чувством собственной неполноценности. Межличностные взаимодействия характеризуются трудностью установления неформальных, эмоциональных контактов, проявляется робость и застенчивость, особенно при посторонних и в непривычной обстановке. В частности, отмечаются следующие затруднения в межличностных контактах: проблемы с тем, чтобы показать (обнаружить) собственные потребности, установить границы, уверенно вести себя и быть решительным, указывать другим на их проблемы, проявлять агрессию. Также имеют место трудности в том, чтобы сказать «нет», испытывать и показывать раздражение в отношении других, спорить и ссориться из-за страха обидеть или оскорбить. Для испытуемой характерно чувство, что она легко может дать себя уговорить и переубедить, что она доверчива и легко-



верна, при том, что внутренний мир почти всегда закрыт для других, характерна сдержанность в проявлении чувств. Также достаточно выражены эпитетоидные черты (8). Из других особенностей можно отметить умеренную конформность ( $K = 2$ ), умеренные реакции эмансипации в самооценке ( $E = 3$ ), отсутствие психологической склонности к алкоголизации ( $d = -6$ ), в системе отношений преобладают черты мужественности ( $M-Ф = 5$ ), что может являться признаком нарушения полоролевой идентификации. Следует отметить склонность (риск) к депрессии ( $Дп = 3$ ). Не выявлено признаков, указывающих на формирование психопатии.

Самовосприятие испытуемой характеризуется наличием определенных противоречий. Например, она воспринимает себя как личность недоверчивую, с подозрительным отношением к социальной среде и критическим подходом к социальным отношениям, и одновременно имеющую желание сотрудничать (дружеский стиль общения), склонность к конформизму, привязанности к другим людям, стремление быть положительной и поддерживать положительные отношения. Себя воспринимает как человека разумного, достаточно успешного, деликатного, зрелого, самостоятельного и сильного (положительный социальный тип личности). При этом отмечает недостаточный с её точки зрения самоконтроль, неспособность держаться принятой линии поведения, зависимость от внешних обстоятельств и оценок.

Данные проективных методик указывают на несформированность или нарушения полоролевой идентификации: испытуемая рисует себя либо как бесполое существо, либо ярко декларируется признак принадлежности к мужскому полу (заштрихованная кепка на голове в рисунке себя). В целом, наблюдается уход от тем, связанных с сексуальной сферой, что проявляется в отсутствии принадлежности к мужскому или женскому полу всех изображаемых персонажей (бабуш-

ка, мама и дедушка одинаковы по признакам пола). Рисунок несуществующего животного отражает следующие особенности: наличие эмоциональной напряженности, сильной тревоги (штриховка, зачернение части рисунка); эмоциональной ригидности (повышенная аккуратность и тщательность рисунка, однообразные перечисления). Наличие панциря и чешуи, покрывающей всё тело несуществующего животного, обычны для рисунков людей, чувствующих себя незащищенными и ощущающих *потребность в защите*. На недостаток общения, отсутствие реальных эмоциональных связей со сверстниками указывает упоминание в рассказе о животном – «дружит со всеми». Можно говорить о достаточно высоком уровне агрессивности, при попытке сознательно скрыть это, используя механизм психологической защиты – *рационализацию* (наличие острого рога у животного, хотя он «питается зеленью, а рог нужен для выкапывания корешков»). В данном случае агрессия квалифицируется как невротическая, и представляет собой ответную реакцию на неблагоприятную внешнюю ситуацию.

Таким образом, по результатам обследования можно говорить об отсутствии каких-либо нарушений в познавательной деятельности. Выявлен смешанный тип акцентуации характера (шизоидно-сенситивный) без признаков социальной дезадаптации. Наибольшие затруднения касаются сфер самовосприятия испытуемой, её социальной адаптации и полоролевой идентификации.

## Заключение экспериментально-психологического исследования

**Николай, 1990 г.р., 15 лет**

При проведении психологического обследования испытуемый идет на сотрудничество. Контакт носит формальный характер и сохраняется таковым до окончания эксперимента. Испытуемый не интересуется результатами эксперимента, мотив экспертизы не сформирован. Фон настроения ровный: обследуемый спокоен, доброжелателен. Эмоциональные реакции адекватны ситуации, слабо нюансированы. При проведении эксперимента выполняет задания в среднем темпе. Инструкции понимает быстро и верно. Уровень трудоспособности высокий. Утомляемость незначительная.

Целью экспериментально-психологического обследования явилось исследование функций познавательной деятельности (внимание, память, мышление), характерологический черт и конфликтных сфер в системе отношений.

Для решения поставленных задач были использованы следующие методики:

- Для исследования внимания: таблицы Шульце, счёт по Крепелину.

- Для исследования мнестической деятельности: запоминание 10 слов, методика пиктограмм.

- Для исследования мышления: исключение лишнего (вербальный и невербальный варианты), простые аналогии, классификация предметов.

- Для исследования личности: Патохарактерологический опросник ПДО, тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, методика незаконченных предложений Сакса и Леви.

В результате применения перечисленных методик были получены следующие данные:

**Внимание.** Время выполнения проб на внимание не превышает среднестатистическую норму. Задания выполнял

в среднем темпе. Утомляемость невысокая. Обнаружена достаточная способность концентрации внимания. Уровень распределения средний. Внимание устойчивое, характеризуется вработываемостью, тренируемостью, хорошим функциональным состоянием. Процесс переключения с одного элемента на другой не затруднен. Объем внимания в норме (5–7 единиц).

**Память.** В методиках на непосредственное произвольное запоминание воспроизводит 60% предъявленных стимулов. Продуктивность долговременного припоминания в норме и составила 8 единиц из 10. При исследовании процессов опосредованного произвольного запоминания допускал значительное количество неточностей. Эффективность составил 63 % при норме 80 % (причиной такого снижения послужили амотивационные проявления испытуемого – нарушение мотивационного компонента памяти). Пиктограммы носят атрибутивный и конкретный характер, эмоционально насыщены. Т.о. можно говорить о нарушении опосредованного звеньев произвольного запоминания при сохранности непосредственного (кратковременного и долговременного) запоминания. Динамика мнестической деятельности носит устойчивый характер.

**Мышление.** Обнаружено нарушение операциональной стороны мышления по типу искажения процесса обобщения вследствие актуализации малозначимых признаков, латентных признаков. Преобладает конкретно-образный тип мышления. Скорость и темп ассоциативной деятельности не нарушены, т.е. не выявляется нарушений динамики мыслительной деятельности. Мотивационная составляющая несколько нарушена. Т.о. выявляются выраженные нарушения операциональной стороны мышления и мотивационного (личностного) компонента при сохранности динамики мыслительной деятельности. Например, в методике «исключе-

ние лишнего» (вербальный вариант) испытуемый из ряда слов «темный, светлый, голубой, ясный, тусклый» убирает понятие «ясный», объясняя «темный, светлый, голубой и тусклый – это цвета, а ясной может быть погода». Или в невербальном варианте из перечня предметов «стол, стул, кровать и чашка» обследуемый исключает кровать, т.к. «за столом стоит стул, за столом едят и на столе чашка стоит, а кровать лишняя». В данных случаях видна актуализация несущественных, второстепенных признаков предметов, неспособность обобщить по основным категориям «оттенки – цвета» и «мебель-посуда».

По результатам *исследования личности*

По данным методики Розенцвейга в ситуации фрустрации у испытуемого повышен удельный вес реакций, направленных на удовлетворение ситуативно-возникающих потребностей в форме надежды на благоприятное разрешение ситуации в его пользу со временем (что потребность будет сама собой удовлетворена) без дополнительных усилий со стороны субъекта. Испытуемый уделяет чрезмерное внимание удовлетворению потребностей и проявляет ригидность в отношении этих потребностей, т. е. не способен вовремя отказаться от удовлетворения ситуативно-возникающих потребностей. По направлению в ситуации фрустрации повышаются интропунитивные реакции в форме принятия на себя ответственности за разрешение конфликтной ситуации. А также есть склонность реагировать отказом от агрессии, отрицая значимость конфликтной ситуации. В ситуации открытого обвинения повышена склонность к реакциям самооправдания. Рейтинг групповой конформности входит в диапазон нормы (43 % при норме 40–45 %), т.е. поведенческие реакции испытуемого соответствуют паттернам группового стандарта.

По данным методики незаконченных предложений отмечается очень высокий коэффициент внутрличностной

конфликтности (52 % при норме 20–35 %), что является признаком внутриличностной дезадаптации. Были выявлены такие проблемные сферы отношений, которые являются привычными, осознанными для испытуемого, как «отношение к себе», «отношение к учителям или вышестоящим» и «страхи и опасения» (или «тревожность»). При этом сам испытуемый считает отношения с учителями – благополучной сферой (высокий балл ранжирования по значимости и неблагоприятию), что говорит о работе механизма психологической защиты – вытеснение. Имеются большое количество скрытых неблагоприятных сфер отношений – «жизненные цели», «отношение к половой жизни», «отношение к семье» и «отношение к матери». Мысли и чувства, касающиеся данных сфер полностью или частично не осознаются, не допускаются механизмами психологической защиты до осознания, снижая, таким образом, их психотравмирующее влияние на психологическое состояние испытуемого. Также испытуемый склонен частично вытеснять проблему, пытаясь отодвинуть её разрешение на «потом», когда осознает её неблагоприятие. Вероятно, поведение обследуемого может носить импульсивный характер в стрессовых ситуациях. Самой тяжелой проблемной сферой является «чувство вины» (наибольшие показатели конфликтности по времени и содержанию), эта сфера имеет наибольший психологический «вес», и является наиболее вероятной мишенью психокоррекционного воздействия.

Результаты патохарактерологического опросника ПДО (по Личко А.Е.) показывают на эпилептоидный тип акцентуации характера, главной чертой которого является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постепенно накапливающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло. С этими состояниями обычно связана аффективная взрывчатость. Из других качеств при-

сущи педантичность, скрупулезность и инертность, тугоподвижность, злопамятность. Самооценка обычно однобокая: отмечается приверженность к порядку и аккуратности, нелюбовь пустых мечтаний и предпочтение жить реальной жизнью; в остальном обычно такие личности представляют себя более конформными, чем есть на самом деле. Следует отметить признаки дискордантности характера – при диагностике одновременно оказался очень высоким показатель другого (лабильного), не совместимого с эпилептоидным, типа акцентуации, что может увеличивать риск как внутриличностной, так и социальной дезадаптации. Дополнительные данные свидетельствуют о низкой конформности, неконформизме ( $K = 1$ ), отмечается стремление выставить напоказ свою склонность к алкоголизации ( $d = +8$ ), что может быть признаком пассивного протеста и негативизма. В системе отношений преобладают черты мужественности.

Таким образом, по результатам обследования отмечаются такие негрубые нарушения памяти как снижение функции опосредованного звена мнестической деятельности при сохранности непосредственного запоминания, что является свидетельством некоторого мотивационного снижения. А также в сфере мышления отмечаются грубые нарушения операциональной стороны мышления – искажения процесса обобщения и нарушения личностного компонента мышления. Нарушений функции внимания не обнаружено, что исключает органический патопсихологический симптомокомплекс. Диагностируется эпилептоидный тип акцентуации характера с признаками дискордантности (одновременное существование разнонаправленных черт характера). Снижение социальной адаптации и высокая внутриличностная конфликтность. Данные методики ПДО и характер нарушения мышления указывают на признаки личностно-аномального патопсихологического симптомокомплекса.

*Учебное издание*

**Попова Резеда Равильевна**

## **ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Учебное пособие

Корректор

*Д.Д. Миловидова*

Компьютерная верстка

*А.И. Галиуллиной*

Дизайн обложки

*Р.М. Абдрахмановой*

Подписано в печать 10.04.2015.

Бумага офсетная. Печать ризографическая.

Формат 60x84 1/16. Гарнитура «Times New Roman». Усл. печ. л. 12,55.

Уч.-изд. л. 7,61. Тираж 100 экз. Заказ 81/9.

Отпечатано в типографии

Издательства Казанского университета

420008, г. Казань, ул. Профессора Нужи́на, 1/37

тел. (843) 233-73-59, 233-73-28