

2578

ЕВРОПЕЙСКИЙ ГУМАНИТАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

СБОРНИК



научных статей
по материалам
Международного
научно-
образовательного
форума

“ЕВРОПА-2003”

4 июня 2003 г., ЕГУ



В целом поворот к доктрине информированного согласия у нас стал возможен вследствие пересмотра концепции целей медицины. Традиционно считалось, что основная цель медицины – защита здоровья и жизни пациента. Однако нередко достижение этой цели сопровождалось нарушением права свободного выбора больного, а значит, и интересов его личности. Пациент превращался в пассивного получателя блага, в объект манипуляций врача.

Главная цель современной медицины – обеспечить помощь благополучию пациента; восстановление здоровья подчинено этой цели как один из составных элементов этого процесса.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМАМ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИ ГРУППЫ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

А. А. Давидович

БГУ, факультет философии и социальных наук, аспирантура, 1-й год

Научный руководитель – д-р психол. наук, профессор Е. С. Слепович

Задержка психического развития (ЗПР) представляет собой наиболее распространенный вариант дизонтогенеза [8, 10]. Ребенок с ЗПР являет собой серьезную социальную проблему, так как при неблагоприятном прогнозе возможно возникновение в будущем тяжелых нервно-психических заболеваний, а в более легких – трудностей обучения.

Оптимальным вариантом выявления и квалификации выявленных отклонений в развитии является длительное наблюдение и поэтапное исследование детей с помощью специальных методик в так называемых диагностических группах, однако такая форма диагностики в массовых масштабах затруднена по ряду причин организационного характера. Определение готовности ребенка к обучению в период дошкольной диспансеризации складывается обычно из результатов медицинского обследования, наблюдения за поведением ребенка в дошкольном учреждении и заключения детского психоневролога. Привлечение к этой работе детских патопсихологов связано, скорее, с потребностью объективизации уровня психического развития детей, нежели выявления потенциальных интеллектуальных возможностей и степени созревания необходимых мозговых субстратов. Психологическая и педагогическая литература изобилует обоб-

шенными характеристиками психических свойств, определяющих готовность детей к школьному обучению, а также описанием приемов, которые позволяют экспериментально установить, что данный ребенок не готов к поступлению в школу. Тем не менее зачастую упомянутые методические рекомендации не отвечают важнейшему принципу психологической диагностики, сформулированному В. И. Лубовским [3; 103]: «теоретическая обоснованность (общая теоретическая основа, принципы подхода к диагностике, обоснованность подбора отдельных проб) и целенаправленность методик, которые не могут быть универсальными». Известная диагностическая приближенность данных психологического исследования привела в свое время группу исследователей (И. А. Коробейников, Л. Н. Попречная, С. Я. Рубинштейн, В. П. Зухарь) к разработке новой психодиагностической модели [2, 5]. Сущность работы по конструированию методического комплекса состояла в экспериментальном подборе методик, направленность каждой из которых и всей их совокупности обеспечивала бы получение достаточно надежной информации, отражающей следующие характеристики психической деятельности ребенка:

1. Уровень сформированности психических функций, мыслительных операций, нарушение которых является наиболее типичным для состояния психического недоразвития. Сюда были отнесены наиболее специфичные особенности мышления, речи, аффективно-личностной сферы.
2. Способность решения ребенком относительно сложных задач на основе эффективного использования помощи взрослого и усвоения нового способа действий, т. е. обучаемость ребенка. Выявление этой характеристики обеспечивалось введением в структуру отдельных заданий регламентированной помощи экспериментатора, а также использованием специальной методики.
3. Данные об определенных свойствах психики ребенка, позволяющие судить о степени овладения им некоторыми предпосылками учебной деятельности.

В результате отбора методик, их модификации и предварительной апробации, произведенной в процессе обследования воспитанников подготовительных групп детских садов, исследователями был составлен набор экспериментально-психологических методик, позже рекомендованный Минздравом РСФСР, а затем и РФ для обследования детей в возрасте 6–7 лет в период предшкольной диспансеризации [5, 6].

Разработанная схема количественной оценки результатов, включившая оценку по каждому из предложенных исследователями параметров, общий суммарный балл, баллы по «значимым» показателям, а также средние величины, статистически характеризующие группу детей, безусловно, сделала описываемую диагностическую модель крайне удобной для использования, упростив процесс интерпретации. Тем не менее данная

диагностическая модель, ставшая унифицированным инструментом психологической диагностики в нашей стране, имеет ряд недостатков:

- В первую очередь, каждая из предложенных экспериментальных задач ориентирована на выявление уровня развития интеллекта, происшедшего в период онтогенеза. Ни одна из методик, рассмотренная с предлагаемых интерпретационных позиций, не дает выхода на базисные патогенные факторы, особенности строения и функционирования центральной нервной системы (ЦНС), которые и легли в основу специфики протекания онтогенеза.
- Кроме того, данная модель является абсолютно непригодной к диагностике в специальных учреждениях для детей, так как, будучи нормативным инструментарием, применяется персоналом этих учреждений в качестве «обучающего пособия» в период дошкольного воспитания и подготовки.
- Существенно, что данный диагностический инструментарий, создававшийся как средство дифференциальной диагностики легких отклонений в развитии от групп «норма» и «умственная отсталость», бесполезен для проведения психологического разграничения в пределах самой группы детей с задержкой психического развития, которая вовсе не является гомогенной. Так, если для ребенка, воспитывающегося в семье, патопсихологическое исследование и может оказаться достаточным для выявления задержки развития, то при общей специфической картине развития воспитанников закрытых детских учреждений это становится проблематичным. Эта неинформативность и неадекватность патопсихологических методов диагностики применительно к контингенту детей-сирот связана прежде всего с тем, что они обращены к тем сторонам психического, которые являются следствием социального развития личности ребенка, безусловно, искаженного самой ситуацией детского дома.

Прогнозирование психического развития аномального ребенка имеет своей конечной целью адекватную организацию процесса его воспитания и обучения, которая сделала бы возможным компенсацию и полноценную социальную адаптацию ребенка. Знание структуры дефекта и, что не менее важно, учет потенциальных возможностей развития, опирающиеся на фундамент сохранившихся звеньев, должны лежать в основе коррекционной работы. Поэтому в данном контексте первоочередной задачей психологического исследования должно стать отграничение группы детей с неблагоприятным органическим фоном, явившимся основой формирования задержки развития, от детей с ЗПР без следов поражения центральной нервной системы (ЦНС), для применения адекватных реабилитационных мер. К сожалению, именно этому требованию комплекс методик экспериментально-психологического обследования И. А. Коробейникова и его сотрудников не отвечает.

Первая часть нашей работы была направлена на подтверждение гипотезы о неадекватности комплекса патопсихологических методов для решения дифференциально-диагностических задач в рамках неоднородной группы детей с задержкой психического развития. Кроме того, вслед за разработчиками комплекта экспериментально-психологических методик мы использовали его как средство скрининговой диагностики для разграничения двух групп детей: «ЗПР» и «норма».

Чрезвычайно важным, по нашему мнению, является разграничение двух групп детей: с ЗПР церебрально-органического и психогенного (вследствие частичной социальной депривации) генеза. По мнению многих исследователей [9, 1], дети из группы так называемых «педагогически запущенных», «частично социально депривированных» оказываются способными легко адаптироваться к требованиям массовой школы, если был осуществлен «прорыв» путем интенсификации их обучения, создания индивидуальной коррекционной программы. С другой стороны, так ли уж обратимы последствия материнской, двигательной, сенсорной, информационной, социальной и т. д. депривации в детском возрасте? Депривация, возникающая на ранних этапах онтогенеза, ведет к дистрофии мозга на нейронном уровне, так как участки мозга ребенка, которые не упражняются в переработке информации, поступающей из внешнего мира, перестают развиваться и атрофируются. Таким образом, необходимо ставить вопрос и об оценке последствий депривации, прежде чем начинать работу с ребенком как с «педагогически запущенным».

В любом случае, детям с врожденной органической недостаточностью ЦНС и депривированным нужны различные по форме и содержанию программы коррекции. Проблема заключается в том, что общая специфическая картина развития воспитанников интерната зачастую маскирует симптоматику врожденной органической патологии головного мозга.

Вторая часть нашей работы была направлена на отыскание критериев, которые позволили бы обнаружить гипотетически предполагаемую разницу между этими двумя группами детей. Нами был выбран метод нейропсихологии, основу которого составили средства топической диагностики и категориальный аппарат теоретической нейропсихологии. Нейропсихологический метод основан не на количественном, а на качественном анализе дефекта, позволяющем выявлять базисные патогенные факторы, а не актуальный уровень знаний и умений, оценивать состояние «зоны ближайшего развития» и получать информацию, необходимую для дальнейшей реабилитационной работы с органическим дефектом.

Нейропсихологический метод действительно занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Он позволяет оценить и описать системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Так называемые врожденные патоген-

ные факторы (ВПФ) ребенка не даны ему изначально, они формируются в процессе онтогенеза, проходя ряд последовательных стадий, не сохраняя при этом единой структуры, а решая одну и ту же задачу с помощью различных «закономерно сменяющих друг друга систем связей» [4; 36]. Невробиологическая неготовность одной из мозговых систем может привести к нарушению всего хода развития. С другой стороны, даже при достижении зрелости соответствующих мозговых субстратов, но при невосребовании того или иного психологического фактора извне, наблюдается искажение и торможение психогенеза, ведущее к вторичным функциональным деформациям на уровне мозга.

Специфика патологии онтогенеза у детей с задержкой психического развития заключается в том, что у них, наряду с явлениями повреждения, типичными для более позднего, постнатального воздействия патогенетических факторов, имеются и разнообразные симптомы недоразвития психических функций. Квалификация этих двух видов нарушений – повреждения и недоразвития в их отношении к мозговым структурам – представляет значительные трудности. С учетом этих соображений мы провели нейропсихологический анализ детей, воспитывающихся в дошкольном учреждении закрытого типа, где оказалось возможным пронаблюдать сразу два вида дизонтогенеза: недоразвитие и повреждение.

В нашем исследовании классическая методика А. Р. Лурии была использована в сокращенном варианте, предложенном Э. Г. Симерницкой [7], адаптированная в соответствии с возможностями детского психолога и направленная на обследование детей преимущественно дошкольного и младшего школьного возраста. Патопсихологический метод, представленный в используемом нами пакете экспериментальных заданий, был разработан в рамках подхода С. Я. Рубинштейн к детям с отклонениями в развитии и реализован в комплексе методик экспериментально-психологического обследования И. А. Коробейниковым с сотрудниками [6].

На первом этапе были обследованы дети, воспитывающиеся в учреждениях закрытого типа (24 человека).

Экспериментальная группа № 1 (10 чел.) – воспитанники детского дома № 2 Мииска. Это дети, при рождении и дальнейших обследованиях не обнаружившие выраженной патологии центральной и периферической НС (по заключению детского психоневролога), в целом успешно справляющиеся с учебной программой подготовительных групп.

Экспериментальная группа № 2 (14 чел.) – воспитанники Минского детского дома № 3 для детей с ЗПР. Диагноз «задержка психического развития» (на органическом фоне) этим детям был поставлен при рождении либо во время их пребывания в Доме ребенка. Первоначально группа состояла из 18 человек; отсеянные 4 человека представляют случаи патологии, отличной от задержки развития: два случая имбецильности; ребенок с болезнью Дауна и ребенок с врожденным сифилисом головного мозга.

В связи с несовершенством процедуры отбора детей в специальные учреждения эти дети оказались в месте, не соответствующем их фактическому состоянию. В остальных случаях диагноз при рождении был сформулирован либо как «ЗПР на резидуально органической основе» (40% детей), либо «поражение ЦНС гипоксического характера различной степени тяжести» (40%), либо «общемозговые изменения» (20%) – в зависимости от квалификации специалиста, наблюдавшего ребенка.

Второй этап исследования был посвящен обследованию **контрольной группы детей** из массового детского сада № 522 Минска (18 человек), которые по заключению педиатра являются «практически здоровыми» и в целом, по наблюдению педагогов, успешно справляются с учебной программой.

Одним из основных выводов, которые можно сделать из анализа полученных эмпирических данных, является положение о неинформативности и неадекватности комплекса патопсихологических методик и системы количественной интерпретации данных для решения диагностических задач внутри группы детей с ЗПР. Право говорить о картине психического развития детей обычного детского дома, как о картине задержки развития, дают нам результаты сравнительного анализа групп «норма» – «дети-сироты». Тем не менее результаты статистического анализа не дают нам права говорить о задержке психического развития у тех детей, которым такой диагноз неоднократно выставлялся рядом специалистов, в результате чего они были помещены в детский дом для детей с ЗПР. В чем же причины такого парадокса?

Как уже говорилось, каждая из предложенных экспериментальных задач ориентирована на выявление уровня развития интеллекта, происшедшего в период онтогенеза. Ни одна из методик, рассмотренная с предлагаемых интерпретационных позиций, не дает выхода на базисные патогенные факторы, те особенности строения и функционирования ЦНС, которые и легли в основу специфики протекания онтогенеза. У детей из детдома № 3 диагноз «задержка психического развития церебрально-органического генеза» означает, что это дети с неблагоприятным органическим фоном, которым с момента поступления в специальное учреждение оказывалась целенаправленная активная помощь, ориентированная на коррекцию органического дефекта. Дети из обычного детского дома, не имеющие первоначально диагноза об интеллектуальном снижении, не подвергаются систематической коррекционной работе, занимаясь по программе массовых дошкольных учреждений. Тем не менее этим детям также необходима системная реабилитация, но направленная на преодоление дефекта, отличного от органического.

Кроме того, данная модель является абсолютно непригодной для диагностики в рамках специальных детских учреждений, так как, будучи нормативным инструментарием, применяется персоналом этих учрежде-

ний в качестве «обучающего пособия» в период дошкольного воспитания и подготовки. Дело в том, что процедура медико-педагогической комиссии, которую каждый ребенок из детского дома проходит перед поступлением в школу с целью определения адекватной состоянию системы обучения, заранее известна всем специалистам детского дома. Именно вследствие «научения», продолжающегося в течение 3–4 лет, которые ребенок находится в детском доме, мы и получили соответствующий результат: дети с ЗПР продемонстрировали показатели нормального развития, а дети без органического дефекта и соответственно не так активно «научаемые» — показатели задержанного развития.

Достоверные различия между этими двумя группами детей согласно основной гипотезе нашего исследования должен был выявить нейропсихологический метод исследования как средство диагностики не «операционального», а «причинного» уровня психической деятельности. Действительно, нами выявлены достоверные различия как в качественных, так и в количественных показателях нейропсихологических характеристик двух групп: детей-сирот с диагнозом «задержка психического развития церебрально-органического генеза» и детей-сирот без следов перинатального повреждения ЦНС. Кроме того, этот теоретический и эмпирический факт был подтвержден результатами сравнительного анализа группы детей-сирот из массового детского сада с детьми-сиротами детдома с ЗПР, сопоставлением данных о раннем онтогенезе ребенка.

Следует отметить, что, несмотря на то что базовая и ряд частных гипотез были подтверждены статистически, ни одна из обследованных групп не являлась однородной: дети с выраженным неблагоприятным органическим фоном наблюдались и в массовом детском саду, и в обычном детском доме. Это связано с целым рядом причин, скорее, организационно-бытового характера, которые, безусловно, не отражаются положительно на состоянии ребенка. Результаты исследования показали, что необходимо активно применять нейропсихологический инструментарий как средство обязательной диагностики хотя бы на первых порах в учреждениях закрытого типа.

Литература

1. Власова Т. А., Лебединская К. С. Актуальные проблемы клинического изучения задержки психического развития // Дефектология. 1975. № 6. С. 8–17.
2. Коробейников И. А. Патофизиологическая дифференциация некоторых форм психического недоразвития у детей предшкольного возраста. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1980.
3. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.
4. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 2000.

5. Методические рекомендации по проведению экспериментально-психологического исследования детей в период дошкольной диспансеризации / Сост. Л. Н. Поперечная, И. А. Коробейников, С. Я. Рубинштейн; Под ред. А. А. Портнова. М., 1978.
6. Методические рекомендации по проведению психологической дифференциации нарушений развития у старших дошкольников / Сост. И. А. Коробейников; Под ред. А. А. Портнова. М., 1982.
7. Методические рекомендации по проведению нейропсихологического обследования для детских невропатологов / Сост. Э. Г. Симерницкая, И. А. Скворцов. М., 1988.
8. Семенович А. В. Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития // Таврический журнал психиатрии. Т. 3. 1999. № 3. С. 35–46.
9. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1959. Т. 2; М., 1965. Т. 3.
10. Халецкая О. В., Трошин В. М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте / Журнал невропатологии и психиатрии им С. С. Корсакова. 1998. № 9. С. 4–8.

ПРОБЛЕМА СТРЕССА И КОПИНГА В ДЕТСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ПО МАТЕРИАЛАМ СОВРЕМЕННЫХ АНГЛО-АМЕРИКАНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

А. А. Чеснокова

БГУ, факультет философских и социальных наук, аспирантура, 1-й год

Научный руководитель – д-р психол. наук, профессор И. А. Фурманов

Концепция стресса и копинга, а также соответствующая терминология широко используются в современной психологической науке, однако взаимоотношение их исследовано недостаточно. Дополнительным источником путаницы является степень, в которой концепт «стресс» соотносится с качествами, присущими личности или ее окружению. Термин «копинг» («совладание») также иногда используется в описании неясных, всеобъемлющих конструктов. Например, часто невозможно разделить методы и типы копинга, его функции и результаты.

Понятия «стресс» и «копинг» обычно не используются друг без друга, ибо реакция личности на стресс, ее стрессогенный опыт, это и есть копинг-поведение личности.

Темы стресса и копинга представляют значительный интерес для детской психологии здоровья. Этиология психосоциального стресса тесно