

КОМПЛЕКСНА МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

В статті висвітлюються актуальні проблеми функціональної діагностики психічних порушень у дітей та підлітків, їх комплексна медико-психолого-педагогічна корекція. Акцентується увага на схожості механізмів корекції психічної дезадаптації при різних педагогічних, психологічних та медичних заходах. Виникає необхідність підготовки спеціалістів, які б володіли сучасною моделлю надання комплексної медико-психолого-педагогічної допомоги.

Ключові слова: діти з вадами розвитку, функціональна діагностика, механізми корекції, саногенез, комплексна медико-психолого-педагогічна корекція.

В статье освещаются актуальные проблемы функциональной диагностики психических нарушений у детей и подростков, их комплексная медико-психолого-педагогическая коррекция. Акцентируется внимание на подобии механизмов коррекции психической дезадаптации во время различных педагогических, психологических и медицинских мероприятиях. Возникает необходимость подготовки специалистов, которые были бы вооружены современной системой комплексной медико-психолого-педагогической помощи.

Ключевые слова: дети с нарушениями развития, функциональная диагностика, механизмы коррекции, саногенез, комплексная медико-психолого-педагогическая коррекция.

У всьому світі зростає кількість дітей, які потребують спеціальної допомоги з боку медиків, психологів, педагогів та соціальних працівників. Протягом останніх років в Україні відзначається зростання негативних тенденцій погіршення здоров'я дітей та підлітків. В Україні на 1000 дітей припадає 1460 різноманітних захворювань. Із 100 новонароджених тільки 20 має задовільний стан здоров'я. 70% новонароджених мають патологічні відхилення у розвитку; 60-70% дітей мають соматичні порушення ще на початку свого розвитку. У понад 80% дітей, які йдуть до школи, присутні відхилення у стані здоров'я: 10% з них мають мовленнєві вади; у 25-30% спостерігаються порушення

розвитку моторних функцій; у 30-35% порушення зорово-просторового сприйняття та зорово-моторних координацій. Рівня шкільної зрілості у 6-річному віці досягають від 17% до 50% дітей, а недорозвиток пізнавальних здібностей виявлено у кожній десятій дитини шкільного віку [4, с. 17]. Слід відмітити, що аналогічні процеси з дітьми та підлітками виникають і в інших країнах СНД. Як відмічає Л.М. Шипіцина, в цілому стан здоров'я дітей за минулі роки погіршився. Однією з причин цього являється і система шкільної освіти. Школа недостатньо піклується про те, щоб виростити здорову дитину. Результат: в школу приходять близько 30% здорових дітей, а серед випускників таких – близько 10% [6, с. 5].

Різні фахівці (лікарі, педагоги, психологи, соціальні працівники) використовують різні критерії для оцінки психічного стану та рівня розвитку дітей та підлітків з вадами психофізичного розвитку. Така різноманітність поглядів на дані проблеми ускладнює цілісність оцінки стану дитини та комплексний підхід корекції патологічних станів. В клінічній практиці розробляється концепція функціональної діагностики. Функціональний діагноз – це діагноз індивідуальної пристосованості хворого, його буття в хворобі, та відображення взаємодії хворого з соціальним оточенням та суспільством.

За кордоном крім загальновідомої класифікації психічних і поведінкових розладів МКЗ-10 існує і багатоосьова схема класифікації психічних захворювань дитячого та підліткового віку (MAS), розроблена спеціально для дитячої та підліткової психіатрії групою дитячих психіатрів в співробітництві з ВОЗ. Вона включає в себе шість шкал або вимірів: клінічний психіатричний синдром (1 шкала); порушення розвитку (2 шкала); рівень інтелекту (3 шкала); фізичні хвороби і порушення (4 шкала); аномальні психосоціальні умови (5 шкала); шкала загальної оцінки важкості стану у дітей та підлітків (6 шкала). Дана діагностична система практично не використовується в Україні. Використання MAS в практиці медико-психолого-педагогічній та медико-соціальної експертизах дозволило б покращити якість діагностичного процесу [2, с. 164-175]. Функціональна діагностика медико-соціальної експертизи орієнтується на медичні показники, тобто базується на розпізнанні патодинамічного процесу. Залишаються не розробленими психологічні параметри (саногенні механізми) функціонального діагнозу. Це спричиняє труднощі процесу реабілітації інвалідів і призначення їм лікувально-реабілітаційних заходів. З огляду на це актуальним виявляється необхідність адекватної оцінки психічних станів у осіб з психофізичними порушеннями, про що говорив ще в 30-х роках ХХ століття Л.С. Виготський: "Ніяка теорія неможлива, якщо виходить тільки з негативних посилянь, як неможлива ніяка виховна практика, створена тільки на негативних основах. У цій ідеї – методологічний центр сучасної дефектології. З цієї ідеї перед

дефектологією відкривається система теоретичних і практичних задач" [1, с. 9]. Відсутність адекватно розробленої функціональної діагностики, яка врахувала б саногенні механізми та реабілітаційний потенціал для цілей медико-соціальної експертизи та реабілітації, являється одним із факторів, який призводить до росту інвалідності, в тому числі у дітей та підлітків.

Аналіз методологічних основ педагогічної та психологічної корекції та психотерапевтичного впливу на психічні порушення у дітей та підлітків з вадами психофізичного розвитку нашою наукою на припущення, що ці заходи мають спільний механізм впливу. Для формування інтегральної концепції механізмів корекції нами було використано теоретичні розробки наступних науковців: Л.С. Виготського, Ж. Піаже та А. Анг'яла.

Л.С. Виготський вважав, що розвиток психіки розумово відсталих дітей – це цілісний процес, де кожен наступний спосіб реагування залежить від попередньо досягнутого. Л.С. Виготський наголошує на необхідності відрізнити первинний дефект від вторинних ускладнень розвитку.

Першим ускладненням, яке виникає як вторинний синдром при розумовій відсталості, є недостатній розвиток вищих психічних функцій. При цьому недостатній розвиток вищих психічних функцій як такий не обов'язково є проявом дебільності. В розвитку психіки розумово відсталого дитини велику роль відіграють псевдокомпенсаторні та компенсаторні захисні механізми. Псевдокомпенсаторні механізми формуються під впливом низьких оцінок з боку оточуючих; така дитина визнає себе малоцінною та виявляє невротичні та психопатоподібні симптоми. Компенсаторні захисні механізми формуються під впливом безумовного прийняття такої дитини та активізації у неї позитивних установок з боку батьків, педагогів, психологів та медиків.

А. Анг'ял розглядає особистість як "темпоральний гештальт", або патерн, в якому твердо вкорінені минуле, сучасне та майбутнє. Особистість – організований процес, перетинаючий час. Розвиток полягає у формуванні сильного інтегрованого патерна. А. Анг'ял відмічає, що насправді розвивається не один патерн, а два. Один патерн здоровий, а другий – невротичний. Перший базується на відчутті впевненості у можливості реалізувати прагнення до автономії, цілісності та гармонійності; другий виростає з ізоляції, відчуття власної неспроможності до самореалізації та комплексу неповноцінності. Обидва патерни існують у кожній людині, але один з них зазвичай домінує [7, с. 244]. Такий підхід А. Анг'яла до формування психічної дезадаптації та самореалізації нагадує концепцію компенсації та псевдокомпенсації у розумово відсталих дітей, розроблену Л.С. Виготським.

Психічна дезадаптація при різних патологічних станах, з одного боку, пов'язана з псевдокомпенсаторними захисними механізмами (згідно концепції Л.С. Виготського), з другого боку, з домінуванням невротичного (патологічного) патерна (згідно з теорією А. Анг'яла) і, з третього боку, має аналогію з когнітивною теорією розвитку Ж. Піаже. Це, так би мовити, регрес до процесів асиміляції (приспособування нової інформації до існуючих у індивіда когнітивних схем, не змінюючи їх в принципі).

Якщо процес корекції набуває ефективності, це, згідно концепції Л.С. Виготського, пов'язано з позитивними компенсаторними механізмами; згідно теорії А. Анг'яла – з домінуванням здорового патерна; а згідно теорії розвитку Ж. Піаже – з формуванням процесу акомодатії (пластична зміна індивіда, в процесі якої він модифікує старі когнітивні схеми та виробляє нові).

Клінічний досвід доводить, що механізми розвитку аномальної дитини будуть такі ж самі, як і у здорової, але пролонговані у часі. Як підкреслює ряд авторів [5, с. 372], в легких та помірних випадках розумової відсталості при наявності сприятливих соціальних умов та доступності медико-реабілітаційного обслуговування 66% пацієнтів у дорослому віці вдається зняти діагноз у зв'язку з загальним підвищенням рівня соціальної компетенції.

У 2004р. в структурі Інституту корекційної педагогіки та психології була сформована кафедра спеціальної психології та медицини. З 2009 року співробітники кафедри запланували разом з студентами проведення дослідницької роботи, присвяченої розробці функціональної діагностики і медико-психолого-педагогічної корекції психічних порушень у дітей та підлітків. Було проведено дослідження 32 підлітків віком від 13 до 16 років, із них 20 юнаків і 12 дівчат. 42% (13 осіб) з девіантною поведінкою (агресивні тенденції). Клінічний стан співвідносився з діагнозом: легка розумова відсталість (F-70). Проводилися такі дослідження: методика виявлення акцентуацій характеру К. Леонгарда, опитувальник Плутчика-Келермана-Конте, методика дослідження "Незакінчені речення" Сакса та Леві, "Шкала маніпулятивного відношення" Банта, методика виявлення індивідуальних копінг-стратегій Е. Хайма. У 40% випадків досліджувалися батьки за опитувальником "Аналіз сімейних взаємовідносин" (АСВ) Ейдемилер Е. Г., Юстицкіс В. В.. Протягом шести місяців не менше одного разу на тиждень проводилися індивідуальні та групові заняття когнітивно-поведінкової терапії в інтерпретації У. Гласера та Д. Мейхенбаума. При необхідності проводилася символ-драма за Х. Лейнером. Клінічний стан і соціально-психологічне функціонування оцінювались за багатоосьовою діагностикою психічних захворювань у дітей та підлітків (MAS). У 80% випадків вдалося досягти хороших результатів і позитивної динаміки, що також співвідносилось з показниками шкали загальної оцінки

важкості стану. Вдалося встановити, що позитивна динаміка надходила в тому випадку, коли змогли скорегувати дезадаптивний психологічний захист, який обумовлював беззахисність та низьку самооцінку. В процесі дослідження було виявлено патологічний вплив негативного сімейного виховання – домінуюча гіперпротекція і гіпопротекція, які були провідними типами виховання. Когнітивна терапія У. Гласера виявилась найбільш ефективною методикою психокорекційних процедур у осіб з розумовою відсталістю, особливо з девіантною поведінкою. За цей період пройшли консультацію 26 дітей (10 хлопчиків та 16 дівчат) віком від 7 до 12 років з опозиційно-визиваючим розладом (F-91.3). Стрижневим проявом цього розладу була недостатня слухняність в питаннях корекції поведінки та самообслуговування.

Клініко-психологічне дослідження проводилося за вищезгаданими методиками. Тест "Аналіз сімейних взаємовідносин" проводився у 100% випадках, і виявлено, що для батьків таких дітей характерна сконцентрованість на поведінці дитини, типова впертість і пасивно-агресивні риси особистості. Ефективними були випадки, коли вдавалося провести сімейну психотерапію і скорегувати дезадаптивний психологічний захист (заперечення, проекція, регресія). В результаті проведення адекватної психотерапії (сімейна психотерапія в комбінації з когнітивною модифікацією поведінки Д. Мейхенбаума) у 60% випадків психокорекційні заходи виявилися ефективними.

З 2008 року проводяться психологічні дослідження студентів Інституту корекційної педагогіки і психології НПУ ім. М.П. Драгоманова. За цей час вивчено 238 студентів віком від 17 до 45 років, із них 32 юнаки і 206 дівчат, стаціонарного і заочного відділення. Студентів досліджували такими методиками: методика дослідження акцентуацій характеру за К. Леонгардом, опитувальник Плутчика-Келермана-Конте, "Шкала маніпулятивного відношення" Банта, методика діагностики і самооцінки мотивації схвалення Д. Марлоу та Д. Крауна, методика діагностики рівня невротизації Л.І. Весермана, методика виявлення індивідуальних копінг-стратегій Е. Хайма. В процесі дослідження виявлено, що 28% студентів мають психологічні проблеми, які потребують консультування, корекції та психотерапії, у 64% випадків виявлена неадекватна самооцінка, що говорить про формування неадекватної ідентичності. Для надання допомоги застосовувалися різноманітні психокорекційні та психотерапевтичні методи: символ-драма за Х. Лейнером, раціонально-емотивна терапія А. Еліса, трансактний аналіз Е. Берна, терапія реальності У. Гласера, психосинтез Р. Асаджолі.

У невеликій кількості випадків (6%) нам не вдалося скорегувати психологічні проблеми у студентів. Причиною цього явища виявився той же механізм психологічної декомпенсації, що був виявлений при наданні психологічної допомоги дітям з розумовою відсталістю та

емоційними і поведінковими розладами. У цих випадках не вдалося скорегувати дезадаптивні психологічні механізми і оволодіти адекватними копінг-механізмами. Якщо ж вдавалось скорегувати неадекватні механізми захисту та сформувати раціональні копінг-механізми і допомогти вибрати реальні життєві цілі, то це сприяло формуванню гармонійної та цілісної особистості.

У процесі наших досліджень і в проведенні психокорекційної та психотерапевтичної роботи виникла концепція, яка дозволяє інтегрувати функціональну діагностику психічних порушень у дітей та підлітків та розробити комплексний підхід до медико-психолого-педагогічної корекції. Це стало можливим тоді, коли ми використали для цих цілей багатоаспектну діагностику психічних захворювань у дітей та підлітків (MAS), а також розробили шкалу психодіагностичних і корекційних заходів. Ця модель стала інтеграційною, що дозволило підібрати адекватні корекційні та психотерапевтичні заходи. За нашою версією ця (сьома) шкала повинна включати такі параметри: психодинамічний, соціодинамічний та екзистенційно-інтеграційний. Психодинамічний параметр включає в себе вивчення захисних механізмів, особистісні особливості та акцентуації, аналіз еґо-станів за Е. Берном, аналіз об'єктних відносин, аналіз Я-концепції та самооцінки. При домінуванні психодинамічних порушень можуть бути застосовані такі варіанти психокорекційної та психотерапевтичної роботи: психоаналіз, ігрова терапія, арт-терапія, аналітична психодрама, символ-драма, гештальт-терапія. Соціодинамічний параметр вивчає особливості взаємовідношення, а також адекватність копінг-стратегій, особистісні переконання за А. Елісом. В рамках цього параметру можлива постановка діагнозу – сімейного і педагогічного. При необхідності компенсації емоційних і когнітивних проблем, а також при неадекватних відношеннях в сім'ї, навчальному закладі, з друзями рекомендуються такі корекційні заходи: терапія реальності У. Гласера, раціонально-емотивна терапія А. Еліса, сімейна психотерапія. Екзистенційно-інтеграційний параметр вивчає життєві цілі, ціннісні орієнтації, проблеми відповідальності, моралі, креативність, формування цілісної особистості. Рекомендується така психологічна допомога: особистісно-центроване консультування за К. Роджерсом, психосинтез за Р. Асаджолі та організмичний підхід А. Маслоу.

Така інтеграційна модель дозволяє адекватно оцінити клінічний, психологічний і соматичний стани хворих, а також підібрати адекватні корекційно-психотерапевтичні заходи. Це дозволить різним спеціалістам (лікарям, педагогам, психологам) об'єднати зусилля в діагностичному і корекційно-психотерапевтичному процесах. В планах кафедри спеціальної психології і медицини – створення центру комплексної медико-психолого-педагогічної допомоги, де, з однієї сторони, вирішувалися б проблеми студентів і проводилася супервізія, а це

надавало б можливість оволодіти практичними знаннями і навичками, а з іншої сторони, проводилася б дослідницька робота і надавалася б комплексна медико-психолого-педагогічна діагностика і корекція дітям та підліткам з психічними порушеннями та їх сім'ям. Модель, яка розробляється нами, може мати практичне значення в реалізації конкретних програм, надання допомоги дітям з психофізичними вадами та їхнім сім'ям.

Список використаних джерел

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии: Собрание сочинений. – М.: Педагогика, 1983. – Т. 5. – 646 с.
2. Детская психиатрия: Учебник / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб: "Питер", 2005 – 1120 с.
3. Липа В.А. Основы коррекционной педагогики: Учебное пособие. – Славянск: Аркти, 2000. – 203 с.
4. Пичугина Т.В. Шкільні проблеми: інноваційні підходи до медико-педагогічної діагностики та реабілітації // Корекційна педагогіка. Вісник Української асоціації корекційних педагогів. – 2008. – №1. – С. 16-21.
5. Психиатрия / под ред. Н.Г. Незнанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 517 с.
6. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка: Пособие для учителя-дефектолога / под ред. Л.М. Шипицыной. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 528 с.
7. Холл Кэлвин С., Линдсей Гарднер. Теории личности / Пер. с англ. И.Б. Гриншпун. – 2-е изд. – М.: Психотерапия, 2008. – 672 с.

The article enlightens the pressing problems of functional diagnostics of mental disorders in children and adolescents and the need for integrated medical/psychological/pedagogical remediation system. The focus is on the similarity of different pedagogical, psychological and medical remedial mechanisms for mental maladjustments. Multiaxial diagnostic system of mental disorders in children and adolescents is supplemented with the psychodiagnostic and remedial measures' scale. The author points out to the necessity of training professionals for using the modern integrated model of medical/psychological/pedagogical help.

Keywords: disturbance of development, mentally retarded children, functional diagnostics, remedial mechanisms, sanogenesis, integrated medical/psychological/pedagogical remediation.

Отримано 06. 12.2010 р.