

Б.М. Ткач

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ОСОБИСТОСТІ СОЦІАЛЬНО ДЕЗАДАПТОВАНИХ НЕПОВНОЛІТНІХ

У статті висвітлено сучасне бачення розв'язання проблеми соціальної дезадаптації неповнолітніх з позиції клінічної психології. Пропонуються перспективні напрямки попередження виникнення соціальної дезадаптації та збереження когнітивного здоров'я. Розглянуто сутність соціальної дезадаптації неповнолітніх та способи її подолання. Розроблено бригадну модель допомоги та принципи дистанційної психотерапії. Запропоновано алгоритм клініко-психологічне дослідження, диференційної діагностики та нейропсихологічної корекції соціально дезадаптованих неповнолітніх. Нейропсихологічна діагностика і корекція ґрунтуються на градієнтній теорії організації вищих психічних функцій людини.

Ключові слова: нейропсихологічна корекція, соціальна дезадаптація, когнітивне здоров'я, неповнолітні.

На сучасному етапі все більшу підтримку отримує серед спільноти психологів, медиків та юристів холістичне бачення соціальної дезадаптації неповнолітніх, й спонукає до реального втілення моделі, яка профілактичний, терапевтичний та реабілітаційний підхід проектує одночасно у біологічну, психологічну та соціальну площини. Доцільним є комплексне та системне розв'язання даної проблеми з позиції клінічної психології. Дотримуючись постулатів сучасної психологічної науки розгляд повинен здійснюватися за принципом анатомія-фізіологія-психологія. Як добре відомо в основі соціальної дезадаптації неповнолітніх лежать дисфункції чоловічих ділянок мозку, що призводить до порушення когнітивного здоров'я [3].

Сутність когнітивного здоров'я полягає у здатності самостійно і вчасно приймати адаптивні рішення. При соціальній дезадаптації неповнолітніх ми часто стикаємося з ситуацією коли індивід знаючи правила поведінки не здатен їх дотримуватися. Розв'язання даної проблеми бачимо не лише в короткостроковій перспективі, а також у віддаленій.

Короткострокова перспектива передбачає абілітацію в системі соціальної реабілітації. Під «Абілітацією» розуміємо систему заходів, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування. Під «Соціальною реабілітацією» розуміємо комплекс державних та суспільних заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для соціальної інтеграції індивіда у суспільство, відновлення його соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом орієнтації у соціальному середовищі. Беручи до уваги вік,

будемо особливо сприяти розвитку креативності — здатності по новому побачити проблему і знаходити унікальне рішення задачі. Дана нейропсихологічна категорія актуалізується у юному віці і у народі називається «Геніальністю».

Довготривала перспектива передбачає вироблення стійких до нейроерозії моделей та компетенції. Компетентність розглядаємо як особливу здатність розпізнавати подібні елементи між на вид новими задачами і попередньо вирішеними задачами. Така нейропсихологічна категорія як компетентність у тривіальній мові називається «Мудрістю» і відіграватиме у старшому віці домінуючу роль у соціальній адаптації. Тут варто зробити обмовку, нам фахівцям добре відомо як відбувається руйнація (розпад) особистості при дегенеративних ураженнях ЦНС, тоді як для пересічних людей індивід у якого добре сформована компетентність навіть при важкому ураженні когнітивної сфери (напр. хвороба Альцгеймера) буде демонструвати високу соціальну адаптацію у стабільному середовищі. В принципі, на даному етапі розвитку нейронауки це досить гарний результат з економічним ефектом для суспільства. В ідеалі ж будемо прагнути для якомога довшого збереження когнітивних здібностей в онтогенезі. Переконаний, що більш доцільним було б не розробка корекційних програм, а розвиваючих від перинатального віку до повноліття (23 роки). Адже скоректувати грубу функціональну несформованість чоловічих ділянок мозку на даному етапі розвитку науки практично неможливо.

Функціональне призначення префронтальної кори доцільно розглядати у контексті ураження різних її ділянок. Розглянемо дорзолатеральний синдром, який виникає при ураженні однойменної ділянки кори і поведінково проявляється у людини байдужістю, підвищеною навіюваністю і наслідуванням, зниженням ініціативності та цікавості до навколишнього світу, невмінням дотримуватися поставленої мети, також притаманна інертність, у подоланні якої виникає інерційність у діяльності. Крайніми проявами даного синдрому є неконтрольовані відволікання і наслідування, ехололія та ехопраксія.

Тоді як особи з орбіто-фронтальним синдромом, який виникає при ураженні однойменної ділянки кори, здійснюють неконтрольовані, імпульсивні вчинки, такі як крадіжки, ризикована поведінка, статева розбещеність, агресивна поведінка, вульгарність. Загалом люди з даним синдромом справляють враження осіб інфантильних, поведінку яких оцінюють як антисоціальну. Решта синдромів зумисне не розкривається, оскільки мають явні прояви загальної дисфункції чоловічих ділянок плюс неврологічна симптоматика і є сферою вже медицини.

Е.Голдберг, проводячи паралель між розвитком потиличної, скроневої, задньої асоціативної ділянок кори та їхніми функціями, відповідно: зорової, мови і кодування загальної інформації про довкілля, з розвитком чоловічих ділянок і їхньою функцією, висловив думку, що чоловік відділи «містять» таксономію всіх санкціонованих моральних дій і видів поведінки, і при їх ураженні виникає «Моральна агнозія». До того ж синдром дефіциту уваги

(СДУ) розглядають як легкий прояв дорзолатерального синдрому, а синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) як легкий прояв орбіто-фронтального синдрому [1]. Тому стає зрозумілим, чому педагогічний вплив часто виявляється безсилем щодо осіб з СДУ та СДУГ. Виявилися не впливовими також і правові заходи до осіб з яскравими проявами орбіто-фронтального синдрому, який розглядався як антисоціальна поведінка. Важко не згадати той факт, що за допомогою методів нейровізуалізації у осіб які перебувають у закладах позбавлення волі у 60% присутні морфологічні порушення, а у 80% при застосуванні психодіагностики виявлять функціональні порушення в чолових ділянках мозку.

Факторами нейропсихологічної корекції соціально-дезадапованих неповнолітніх є: довільної-недовільної регуляції психічної діяльності, усвідомлення-неусвідомлення психічних функцій і станів, модально-неспецифічний, модально специфічний та просторовий [2]. Провідне місце у виникненні соціальної дезадаптації посідає фактор довільної-недовільної регуляції психічної діяльності. У залежності від того яка ділянка чолових часток мозку (орбіто-фронтальна чи дорзо-латеральна) уражена і ступеня ураження реалізовується адекватна клініко психологічна інтервенція для компенсації порушених нейропсихологічних факторів.

Нейропсихологічні дослідження підлітково-юнацького віку повинні бути системними, діагностувати не лише механізми, а й причини дефектів, які сприяють виникненню дезадаптивної поведінки. Основна задача вивчення вищих кіркових функцій при локальних ураженнях мозку, полягає в том, щоб, описавши загальну картину виникаючих змін психічної діяльності, виділити основний дефект, вивести із нього вторинні системні порушення, що допоможе пояснити етіологію того синдрому, який є наслідком основного дефекту. Саме цим шляхом клініко-психологічне дослідження може допомогти топічній діагностиці мозкових уражень. Тобто дати відповідь на питання «Що уражене?», «Яка причина ураження?» і «Коли виникло пошкодження?». Це є квінтесенція клініко-психологічної інтервенції.

Чому важливо знати локалізацію ураження. Адже чолова симптоматика, як у же згадувалося вище, може виникати не лише при безпосередньому ураженні! Вона виникає при будь якому ураженні ЦНС, це як гіпертермічний синдром, що присутній при більшості інфекційних хворобах. Навіть ураження стовбурових структур може проявлятися як дезадаптивна поведінка. Ми маємо справу з живою конкретною людиною, неповторною особистістю з її унікальними когнітивними властивостями та своєрідним духовним світом, а не «людиною як такою» і впроваджувати якісь психокорекційні заходи не бачивши та не продіагностувавши її неможна. У кращому випадку не допоможемо у гіршому нашкодимо.

При описі алгоритму нейропсихологічного дослідження буде розкрито ті аспекти які найвище даються психологам, а ті які добре — будуть зведені до мінімуму. Акцент ставиться на дифдіагностиці та формуванні моделі подальшої психокорекції [3].

Беручи до уваги те, що чоловічі ділянки є найбільш людськими ділянками мозку і від їх функціонального стану залежить практично вся доля людини. Пропонується впровадити «бригадну» модель надання допомоги при соціальній дезадаптації. Ця модель широко сприймається прогресивною частиною психотерапевтів у всьому світі, як ефективна та оптимальна в сучасних реаліях. У центрі бригади в якості функціонального підрозділу — нейропсихолог, який співпрацює з корекційним педагогом, психіатром, психотерапевтом, шкільним психологом, сімейним психологом та соціальним робітником. При складних випадках залучаються медики відповідного профілю. Нейропсихолог здійснює діагностику і визначає тактику клініко-психологічної інтервенції, а також визначає в якому обов'язку потрібно залучати інших фахівців. У відповідності до біопсихосоціальної парадигми кожен з фахівців отримавши конкретну задачу працює над нею у співпраці з іншими. Нейропсихолог здійснює поточний контроль та ефективність корекції кожного із фахівців і за потреби змінює тактику клініко-психологічної інтервенції. Розроблено принципи та механізми телепсихотерапії (телепсихокорекції), тобто дистантної психотерапії. Яка дозволяє раціонально та ефективно вирішити дану проблему на національному рівні. Саме в такий спосіб можна досягти реального розв'язку даної соціально значущої проблеми в нашій країні.

Що для цього потрібно. Фахівці у галузі сучасної клінічної нейропсихології. Варто наголосити саме сучасної, а не 60-х років яка викладається в наших навчальних закладах. При всій повазі до видатних людей які стояли у витоків нейропсихології, на сучасному етапі розвитку конструктивною та евристичною теорією яка пояснює як функціонує людський мозок є Градієнтна теорія організації вищих психічних функцій [4]. Щоб подолати брак належних знань доцільно ввести у навчальну програму підготовки психологів — теоретичну неврологію.

Нейропсихологічне дослідження починається з попередньої бесіди. Вона дає можливість сформулювати загальне враження про стан досліджуваного (орієнтація в просторі, часі та власній особистості), про особливості його особистості, про його ставлення до себе та до своєї проблеми. Крім того бесіда дозволяє виявити основні скарги і коло тих патологічних явищ, які стануть предметом прискіпливого вивчення. Формується гіпотеза про етіологію, яка має бути підтверджена чи спростована.

Під час бесіди нейропсихолог повинен визначити інтелектуальний розвиток, коло уявлень, захоплення (музика, танці, спорт, Інтернет, математика...), адикції (хімічні, нехімічні), кримінальне минуле, спосіб життя, світоглядні цінності, рівень знань і навичок досліджуваного. Це є надзвичайно важливим і дозволить визначити ті питання і задачі, які можна пропонувати досліджуваному і уникнути неправильної оцінки і тих труднощів з якими можуть стикнутися в процесі подальшого дослідження. Особливості досліджуваного часто бувають дуже важливим і дозволяють правильно оцінити такі прояви поведінки, як сповільнення чи прискорення відповідей, схильність до емоційних реакцій чи стриманість, які можуть бути як ознакою захворювання, так і проявом індивідуальних особливостей.

Особливу увагу звернути на латеральний профіль. Не пропустити навіть стерті ознаки ліворукості. Оскільки ці дані нерідко мають вирішальне значення для оцінки цілого ряду симптомів і для загального висновку. Неврахування важливості цієї інформації може призвести до того, що відсутність симптомів ураження так званої «провідної» (приблизно у 80% лівої) півкулі оцінюється як прояв збереження, тоді як це було лише результатом того, що у даного досліджуваного ліва півкуля не мала провідної ролі.

Попередня бесіда зазвичай починається з питань про те, як його/її звати, яка мова є рідною (це має значення для оцінки мовних порушень), про те де він/вона навчається, проживає, склад сім'ї...

На цьому етапі бесіди вже можна отримати важливі дані для попередньої орієнтації в провідних тенденціях особистості та особливостях досліджуваного. Це впливає із загального спостереження як себе поводить досліджуваний під час бесіди, яке в нього мовлення і які особливості орієнтації в довкіллі.

Велике значення має спостереження за мімікою дослідженого і його позами під час бесіди. Наявність нервових тіків, судом, міоплегій, ознак епілепсії та іншої неврологічної патології.

Наявність тенденції до ехопраксія у досліджуваного, відтворення виразу обличчя дослідника досліджуваним. Ехолалічне відтворення тону дослідника досліджуваним під час відповідей. Все це вказуватиме на наявність чоловічої симптоматики.

Важливе значення має як змінюється емоційний тон досліджуваного під час бесіди. Емоційна нерухомість і скованість характерні для дисфункції підкіркових утворень; насильний сміх і плач, легко виникає при ураженні стовбуру; легка зміна емоційного стану від одного до іншого без будь яких стійких переживань — чоловіча симптоматика. Важливо не лише «що», а і «як» говорить досліджуваний. Це є неоціненим матеріалом для судження про стан його афективної сфери і критичного ставлення.

При порушенні орієнтації в часі необхідно здійснити диференціацію між первинним порушенням «відчуття часу» (хроногнозія) і порушенням словесної оцінки часу (дефект хронології). Первинним порушенням «відчуття часу» виникає при глибоких скроневих і скронево-дienceфальних пошкодженнях. Порушення словесної оцінки часу може вникати як єдиний симптом чи як один із симптомів порушення вибіркової зв'язків другої сигнальної системи.

При оцінці порушення орієнтації у довкіллі необхідно відрізнити первинну, від вторинної. Первинна пов'язана з справжнім розладом орієнтації в довкіллі та часі, і виникає при дienceфальних чи фронтально-дienceфальних (рідше при темпорально-дienceфальних) ураженнях. Вторинна є ознакою інактивності, (байдужості) досліджуваного яка може бути як патологічною так і характерологічною, а якщо присутній інертний стереотип відповіді то тут скоріше всього має місце ураження фронтальних ділянок мозку.

Далі іде основна частина бесіди — розпитування про скарги, психологічні труднощі, проблеми досліджуваного. Тут також отримуємо двояку інформацію, про те що на думку досліджуваного є його проблемою і виявляємо власне комплекс психологічних проблем які стануть в центрі прискіпливого вивчення і

в подальшому будуть предметом корекції шкільного психолога та інших допоміжних спеціалістів. Отримуємо інформацію як соціально деадаптований неповнолітній взаємодіє у колективі, сім'ї. Наскільки він здатен дотримуватися комплексу системи моральних та правових норм. Його ставлення до однолітків, старших людей, тварин. Заодно складається алгоритм психодіагностичного процесу індивідуально психологічних особливостей.

Надзвичайно важливою є інформація про те як перебігала вагітність у матері, який був стан після пологів, які було перенесені інфекційні захворювання, чи були травми, наявність спадкової патології в родині і т.д. У частини дітей із притулків та прийомних сімей ми цю інформацію можемо і не отримати, на жаль. Крім того під час бесіди звернути обов'язково увагу на стан досліджуваного, як він одягнений, у якому стані його тіло (чисте, сліди травм...), наявність стигм дизонтогенезу. Це визначить чи необхідна допомога соціалізатора чи медиків.

Первинна бесіда дає ще можливість диференціювати мозкову патологію від педагогічної запущеності чи наслідків неправильного виховання.

Після первинної бесіди здійснити неврологічне дослідження міотатичних рефлексів.

Враховуючи нейропсихогічну задачу — дослідження рухової функції буде зведене до дослідження рухових функцій рук, орального праксису та складних форм організації рухів та дій.

Як відомо, розлади складних форм організації рухового акту не має різкої межі від розладів більш елементарних видів рухів. Тому дослідження моторної функції необхідно починати з короткого аналізу стану елементарних компонентів рухового акту для того, щоб врахувати ступінь розвитку цих компонентів при вивченні більш складних форм довільних рухів.

Звернути увагу на збереженість сили і тону м'язів, які є лише основною умовою для побудови складних рухів. Провідну роль у побудові складних рухів відіграє кінестетична аферентація, яка забезпечує правильне скерування рухового імпульсу до визначеного пункту і поточну корекцію руху. За динамічну організацію руху відповідає премоторна ділянка кори.

Наступним не менш важливим чинником, у виконанні складного рухового акту є просторово-зорова аферентація, яка забезпечує правильну побудову рухів у координатах зовнішнього простору. Вона забезпечується потиличнотім'яним відділом кори.

Це механічний аспект руху, проте кожен рух має певну мету, яка формується у вербальній чи невербальній формі в чолових ділянках.

При вивченні рухових функцій рук зосереджуємося на дрібній моториці — навичках письма, малювання та рукоділля.

Важливе значення має дослідження рухових функцій язика, губ та лица, які відіграють важливу роль в мовленні.

У моторному компоненті мовлення левова частка належить кінестетичній аферентації, а у динамічній організації — нижні відділи постцентральної кори. Особливість орального праксису пов'язана ще і з слуховою аферентацією.

При оцінці мовлення враховувати регіональні особливості говірки та традицій побудови речень.

Руки людини виконують складні програми і підпорядковані відомим внутрішнім схемам, які виникають внаслідок попереднього розпізнавання інформації, яка безпосередньо сприймається. Такі рухи вимагають залучення найбільш складних форм організації і здійснюються при участі найбільш складних рівнів мозкової діяльності. Саме тут важливу роль відіграє внутрішня та зовнішня мова. Здатність дотримуватися виконання поставленої мети. Тут застосовується ціла серія тестів. На жаль, формат статті не дозволяє розмістити методики з детальною інструкцією та інтерпретацією даних.

Дослідження слухово-моторної координації буде зведене до дослідження сприйняття і відтворення звукових відношень та сприйняття і відтворення ритмічних структур, що є важливим розділом вивчення патології скроневої і премоторних відділів кори головного мозку.

Чесно кажучи у нашій культурі (навіть більше, у європейській цивілізації) нездатність сприймати і відтворювати мелодію не призводить до соціальної дезадаптації. Хіба що батьки майбутнє своєї дитини з даним розладом вбачають на великій сцені у якості співака. Ситуація, наприклад, у китайській культурі носить діаметрально протилежний характер, адже мова побудована на тональностях. Особа з даним розладом буде в цій культурі безграмотною, нездатною порозумітися з іншими.

Коли у вашій практиці зустрінемося соціально дезадаптованих з даним розладом — необхідно буде здійснити диференційну діагностику між патологією слухового апарату і власне мозковими розладами: сприйняття (сенсорна амунія, уражена скронева ділянка) і нездатністю відтворити (звукомоторна координація, ураження рухового аналізатора). При ураженні правої скроневої ділянки може це бути лише єдиним симптомом порушення складної кіркової діяльності.

Не дивлячись на простоту проб у клініці дуже рідко досліджують сприйняття і відтворення ритмічних структур. Для виникнення соціальної дезадаптації цей розлад практично не має відношення.

Дослідження вищих шкірно-кінестетичних функцій передбачає: дослідження дотикової чутливості, глибокої чутливості і стереогноз. Дане дослідження має дві самостійні частини, перша містить дотикову (шкірну) чутливість, а інша — м'язово-суглобову чутливість. Порушення можуть вказувати недорозвиток (ураження) постцентрального чи задньотім'яних відділів кори мозку.

При дослідженні теплової та холодової чутливості шкіри використовуємо пробірки з теплою та холодною водою. Які прикладаємо до тіла по чергово. Для тактильної використовуємо волоски Фрея чи булавки.

Дослідження кінестетичної чутливості починається з того, що досліджуваному з закритими очима кисті рук надають певне положення і переміщують в просторі, досліджуваний повинен вказати у якому напрямку вони рухаються і т.д. У посібнику з клінічних методів дослідження в неврології дуже добре ці проби розписані.

Порушення тактильної і глибокої м'язової чутливості може призводити до дефектів вищих тактильних функцій (астереогноз), які можуть виникнути на фоні відносної збереженості елементарної тактильної і м'язово-суглобової чутливості, але порушення завше пов'язане з різним ступенем дефекту шкірно-кінестетичного аналізатора.

Дослідження кінестетичної чутливості кисті руки починається з того, що досліджуваного просять сісти, закрити очі і переміщаючи його пальці кисті, питають у якому напрямку воно перемістилися, потім надають кисті однієї руки певної форми, а іншою він повинен відтворити.

Стереогноз досліджується даванням в руки досліджуваного різні предмети (відомі йому із життя), а він повинен впізнати їх, не дивлячись.

Явища астереогнозу виникають зазвичай внаслідок порушень в тім'яних відділах кори і проявляються в протилежній руці. Двобічний астереогноз є рідкістю. Ще причиною астереогнозу може бути розлад в моторній сфері.

Вивчення вищих зорових функцій передбачає дослідження зорового сприйняття предметів і зображень; дослідження орієнтації в просторі; дослідження просторового мислення.

Даний етап дослідження дає можливість встановити не лише стан кіркових відділів зорового аналізатора, а й виявити порушення які виходять далеко за його межі, проте присутні у процесах зорового аналізу і синтезу.

Аналізу вищих зорових функцій завше повинні передувати нейроофтальмологічне дослідження елементарних аспектів зору: гострота, стан кольорового бачення, збереженість полів зору, особливості зорової адаптації. Це дозволяє встановити наявність порушень зору і тим саме знижує можливість помилкового тлумачення наявних дефектів зору як оптико-гностичних розладів. Ми добре знаємо, що не існує різкої межі між розладами елементарних і вищих зорових функцій. Досить часто в основі складних розладів зору лежать такі явища як астенія зору, порушення нормальної зорової адаптації і т.д. На жаль, в сучасній молоді порушення зору є частим явищем.

Зорове сприйняття предмету чи його зображення є комплексним зоровим подразником і для адекватного сприйняття необхідні умови: розглядання об'єкта, виділення істотних його ознак, встановлення відношень цих ознак, розпізнавання і ототожнення їх у відомий клас зорових об'єктів. За це відповідають стійкі утворення з нейронів, і ці сітки, що активізуються лише на певні ознаки називають — атракторами. Чим складніший за своєю візуальною структурою предмет тим менше він стійкий в попередньому досвіді і тим складніший і розгорнутіший процес впізнавання. Структуру пам'яті буде розглядано нижче.

Для дослідження використовують контурні, силуетні, виконані крапом, стилізовані (шум, пікселізація, мозаїка...) зображення, сприйняття яких є утрудненим. Також застосовують зображення із накладання та маскування контурів предметів.

Застосовують всілякі (особливо популярні проби Равена) проби на впізнавання та доповнення; розпізнавання обличч відомих людей.

Оптична агнозія при ураженні потилично-тім'яних відділів буде рідкістю. Тоді як симультанна агнозія — впізнавання образу загалом, а при детальному розгляданні його впізнавання втрачається, зустрінеться частіше. Особам з дисфункцією чоловічих ділянок притаманне інертне — нездатність до активного розглядання об'єкту, а на основі якогось одного елементу роблять імпульсивний висновок про весь об'єкт і деспотичні у своїй думці, навіть коли їм вказали на решта елементів, що доводять їх неправильність, вони свою думку не міняють. Наприклад перевернуте зображення горнятка на тарілочці оцінюють як гриб, без найменшого намагання перевернути зображення. Те саме відбувається у реальності коли людина не правильно оцінює ситуації і діє імпульсивно не думаючи про наслідки своїх дій. Ці псевдоагностичні розлади дуже легко спутати зі справжніми.

Відомо, що орієнтація в просторі відбувається в координатах вгору - вниз, праворуч - ліворуч, і є комплексним процесом. У якому окрім симультанного зорового сприйняття (диференційований рух очей) беруть участь вестибулярний аналіз і синтез, та кінетичні сигнали від домінуючої руки, що створює асиметричність простору. Через це орієнтація в просторі умовно розглядається тут серед вищих зорових функцій.

Орієнтація формується в дитинстві і часто спотворюється коли ліворуких переважає, або при ураженні нижньо-тім'яних татім'яно-потиличних відділів кори.

Перевіряється за допомогою ряду графічних проб, що ставлять перед досліджуваним задачу дати аналіз просторового розташування ліній, що складають відомі фігури, і чи знайти подібність і відмінність між дзеркально розташованими лініями чи фігурами, або змалювати чи викласти їх із паличок.

Виразне порушення у виконанні цієї проби може свідчити про первинне порушення зорово-просторової орієнтації і вказувати на ураження нижньо-тім'яних татім'яно-потиличних відділів кори. Такий висновок можна зробити коли досліджуваний намагається активно аналізувати положення елементів цієї фігури у просторі, проте не здатний відрізнити дзеркальне розташування елементів фігури чи робить помилки неправильно орієнтує лінії, недотримуючись їх необхідного співвідношення один до одного. Проте якщо на фоні інактивності у досліджуваного проявляються імпульсивність у помилках дзеркальності, то це скоріше всього свідчить про порушення вибіркової, активної поведінки, яка притаманна дисфункціям чоловічих ділянок мозку.

Для вивчення просторових відношень використовують проби які виходять за межі дослідження вищих зорових функцій і присвячені аналізу тих просторових синтезів, що є основою складної конструктивної діяльності та операцій просторового мислення. Досліджуваному даються задачі скласти фігури із окремих блоків, побудувати куб із складними співвідношеннями його елементів, практично розібратися в схемі дії важеля і т.д. До найбільш поширених методик є проби Кооса, Руппа, Ієркса. Проби на розв'язання механічних задач в яких присутня система важелів. Остання не виконується особами з дисфункцією чоловічих ділянок, через нездатність спрогнозувати

поведінку елементарної механічної системи. А що вже говорити про розуміння правил поведінки і наслідків їх недотримання соціально дезадаптованим.

Дослідження мнестичних процесів побудоване на дослідженні безпосереднього запам'ятовування; дослідження процесів заучування; дослідження опосередкованого запам'ятовування.

Ці всі методики добре є відомим, тому не варто їх тут подавати. Зупинимося на нейропсихологічному розумінні, що таке пам'ять і як вона реально функціонує.

Традиційна таксономія пам'яті поділяє її на процедурну та декларативну, останню поділяють на семантичну та епізодичну. У градієнтній теорії організації вищих психічних функцій таксономія виглядає таким чином: є **видова**, яка поділяється на *процедурну* і *видову семантичну* та **одинична**, яка поділяється на *епізодичну* та *одиничну семантичну*. В основі таксономії лежить локалізація збереження інформації та стійкість її до нейроерозії. Найстійкішою є видова бо до неї ми часто звертаємося і має відношення до субкортикальних структур. Тоді як одинична є рідковживаною і представлена як у субкортикальних структурах так і в неокортексі.

Процедурна це щоденні навички за доглядом тіла, читання, чи для хірурга це в'язання вузлів при операції і т.д. Видова семантична інформація про клас предметів з якими ми маємо справу щоденно, наприклад, це продукти, речі побуту, символи і т.д.

Епізодична це знання про якусь подію що відбулася, а одинична семантична — інформація про якусь рідкісне явище для індивіда.

Маленьке уточнення. Для кожної людини одне і теж слово може мати різне підпорядкування. Наприклад для пересічного мешканця Слобожанщини слово «Львів» (як культурна столиця і прогресивне місто) у щоденному житті згадується рідко, у новинах коли почує, чи при плануванні гарно і в радість проведення якогось свята. Це слово в нього буде у епізодичній пам'яті. Тоді як для мешканця Львівщини, це слово є часто вживаним і асоціюється не лише з неперевершеною красою архітектури, вишуканими стравами, високою культурою, кавою, шоколадом... а й з усіма аспектами сучасної динамічної метрополії. Для нього це слово буде представлене у видовій. При однаковому прогресуванні нейроерозивного процесу у мешканця Львівщини слово «Львів» зберігатиметься довго і довго, тоді як у мешканця Слобожанщини буде втраченим скоріше.

Звідси стає очевидним механізм нейрокорекції. Правові та моральні норми необхідно соціально дезадаптованими перевести з одиничної у видову пам'ять.

Стосовно скарг на пам'ять яку міг озвучити досліджуваний при первинній бесіді. У нашій культурі склалося, що на пам'ять поскаржитися завше можна, а інтелектуальну неспроможність — не варто. Як правильно їх інтерпретувати, коли досліджуваний не може назвати предмет, а знає його застосування, то це не амнезія (втрата пам'яті), а номінативна афазія. Чи коли досліджуваний не здатен впізнати звичайний предмет це агнозія, а не амнезія. Те саме стосовно правил поведінки у суспільстві, він не забув, а не здатен розпізнати в реальності ситуацію і яку модель поведінки доцільно застосувати.

Дослідження мовних функцій є надзвичайно важливою частиною дослідження соціально дезадаптованих. Це обумовлено тим, що значна частина вищих психічних функцій людини формується і перебігає за участі другої сигнальної системи, у процесах мислення, а також неоціненим значенням яке має мова у спілкуванні між людьми.

Мова це не просто засіб для комунікації та сукупність символів і знаків, які у собі конденсують знання про предмети і явища довкілля. Це ще одна із форм людської мудрості яка подорожує крізь час та простір. Мова це одночасно інструмент пізнання світу і набір адаптивних моделей поведінки та знань для певного регіону Землі.

Дослідження мовних процесів ведеться у двох аспектах, вивчення імпресивної (рецептивної) та експресивної (моторної) мови. У реальності ці два аспекти мови тісно переплетені. Тому кожне дослідження мови фактично буде містити ці два аспекти — імпресивну (розуміння чужої мови і збереженість її звукового складу) та експресивну (вимова мовних звуків та слів).

Вивчення імпресивності мови передбачає дослідження фонематичного слуху, розуміння слів, розуміння речень та розуміння логіко-граматичних структур.

Вивчення експресивності мови передбачає дослідження артикуляції мовних звуків, відображеної (повторної) мови, номінативних функцій мови, розповідної мови.

Методики настільки відомі що не варто зупинятися. Обов'язково проводити дослідження рідною для досліджуваного мовою. Нездатність соціально дезадаптованого вивчити державну мову, нейропсихолога повинно спонукати до більш детального дослідження афазій і пошуку етіології дисфункції чи наявності невротичної (психотичної) генези.

Розуміння суті навчання. Рух інформації здійснюється знизу у верх, справа вліво. Навчання це процес коли невідоме стає відомим — перекидання інформації з правої півкулі (спеціалізація на новизні) в ліву (спеціалізація в рутині). Мова не виключенням. У дитинстві коли індивід пізнає все нове і нове домінуюче місце посідає права півкуля. Коли вже освоєна загалом система мови то йде процес розпізнавання — домінуючою ліва півкулі. Ураження правої в дитинстві призведе до несформованості мови (дислалія), у старшому до нездатності поповнювати мовний запас. Ураження лівої в дитинстві призведе згодом до некоректного розпізнавання слів, у старшому втрата мови (здатності користуватися через зникнення «словника»). Стосовно просодії те саме. Звісно така ситуація буде з вербалізованими у ментальному уявленні нормами моралі та поведінки.

Диференційна діагностика афазій з іншими розладами. Афазія — мовний розлад при локальних ураженнях мозку і збереженості рухомості мовного апарату і збереженості слуху. Тоді як, дизартрія — порушення вимови без розладів сприйняття мови на слух (пошкодження артикуляційного апарату чи у і причетних до цього підкіркових центрів і черепно-мозкових нервів); аномія — трудність називати, виникає при порушеннях міжпівкульної взаємодії; дислалія (алалія) вище вже згадувалась; аутизм — мовчання при відсутності органічної патології ЦНС і збереженості мовного апарату (виникає при психозах і невроззах).

Сенсорна афазія (порушення рецептивної мови) — пов'язана з ураженням зони Верніке (задня третина верхньої скроневої закрутки півкулі).

Еферентна моторна афазія (порушення експресії мови) — виникає при ураженні зони Брока (нижні відділи кори премоторної ділянки).

Амнестична афазія є поліфакторною і залежить від домінуючої патології з боку слухового, асоціативного чи зорового компоненту. Акустико-мнестична — характеризується зниженою здатністю утримувати мовний ряд в межах 5-9 елементів і синтезувати ритмічний орнамент мови. Номінативна афазія — нездатність назвати предмет впізнавши його. Оптико-мнестична афазія (її ще називають оптична амнезія) — нездатність намалювати (скласти) предмет знаючи його назву і призначення.

Аферентна (артикуляційна) моторна афазія — виникає при ураженні лівої тім'яної ділянки (це зона вторинних полів шкірно-кінестетичного аналізатора, вже втрачаючих свою сомато-топічну організацію) зникнення навиків звукових рухів і порушення кінестетичного аферентного зв'язку.

Семантична афазія — виникає при ураженні на межі скроневої, тім'яної і потиличної ділянок. Проявляється у нездатності розуміти складні граматичні конструкції. Цей розлад колись сприймали як дефект у інтелектуальній сфері.

Динамічна афазія — виникає при ураженні ділянки спереду і вгору прилягаючої до зони Брока. Проявляється порушенням внутрішньої програми (мотив і замисел) висловлювання і реалізації її у зовнішньому мовленні, а також некритичністю до себе. Як часто кажуть психологи про осіб з таким розладом — «відсутність думок в голові».

Провідникова афазія — виникає при великих ураженнях у білій речовині і корі середньо-верніх відділів лівої скроневої частки (практично пошкодження асоціативного зв'язку між зонами Верніке і Брока). Проявляється розладом повторення, критичність присутня.

Дослідження письма, читання та лічби. Спочатку необхідно перевірити звуковий аналіз і синтез слів. Методики відомі і до соціальної дезадаптації має дотичне відношення. Свідченням цьому є реалії життя. Проте коротко буде згадано нейропсихологічні синдроми полімодального генезу.

Алексія (дислексія) — розлад читання, стійка вибіркова нездатність оволодіти навиком читання при достатньому рівні інтелектуального і мовного розвитку в оптимальних умовах навчання і при відсутності порушень слухового і зорового аналізаторів. Причиною є наявність дефектів фонематичного, оптичного, оптично-гностичного, просторового (однією з причин є ліворукість та амбидекстрія), моторного, мнестичного чи семантичного факторів.

Агностична алексія — виникає при вогнищевому ураженні лівої потиличної ділянки із захопленням прилеглих ділянок. При наявному навичку писання невміння розпізнати власне написане. Образно, буква перестає бути графемою і стає ієрогліфом.

Вербальна (аграфічна) алексія — виникає при ураженні тім'яної частки (кутова закрутка) лівої півкулі. Впізнавання букв присутнє, порушене читання складів і нездатність написати букви.

Аграфія — порушення здатності правильно по формі і по суті писати. Зустрічається як один із компонентів амнестичних та апраксічних розладів.

«Чиста» аграфія — характерна для ураження тім'яно-скронево-потиличної ділянки лівої півкулі. Проявляється відчуженням графічного образу букви від фонематичного значення. Тому у написанні присутнє переставляння місцями, пропускання, заміщення букв.

Апраксічна аграфія — виникає при ураженні кутової та надкраєвої закрутки лівої півкулі та при задніх відділів чолових ділянок. Порушений акт письма.

Акалькулія — характеризується порушенням синтетичних операцій і виникає при різній локалізації патологічного вогнища. Ураження потиличної ділянки призводить до розпаду оптичного образу цифри, тобто цифра перестає бути знаком. Ураження тім'яно-потиличної ділянки лівої півкулі супроводжується порушенням уявлення і сприйняття просторового розташування цифр. Ураження кутової закрутки тім'яної ділянки лівої півкулі призводить до втрати виконувати прості арифметичні операції.

Дослідження процесів мислення при соціальній дезадаптації є одним із самих складних проблем клінічної психології. Тут ставиться дві задачі вивчити патологічні зміни і друга виявити порушені нейропсихологічні фактори, що призводять до виникнення соціальної дезадаптації.

Вивчення процесів мислення передбачає дослідження розуміння сюжетних картинок і текстів; експерименти з розумінням текстів; дослідження формування понять; дослідження дискусійного мислення.

Методики є відомими, проте врахування регіональних особливостей надзвичайно велике. Можна імпровізувати як стимульний матеріал використовувати журнали (Національна Географія та ін.), картини сучасних художників (Є. Гапчинська та ін.) які є відомі неповнолітнім.

У центрі дослідження ставимо виявлення дисфункцій чолових ділянок. Основний прояв це дефект вибіркової діяльності, який унеможливує систематизації, аналіз та синтез елементів картини чи розповіді. Друга особливість не здатність правильно розпізнати емоції та нездатність створити модель розуму (передбачити поведінку) іншої людини. Інерційність під час дослідження з імпульсивним виділенням якоїсь окремої деталі на основі чого робиться висновок про весь твір (картина, розповідь). Третя це важкість викликати сумнів у досліджуваного при його неправильній інтерпретації (судженні) про твір. Четверта важкість до абстрактного мислення та розуміння переносного сенсу, наприклад, у приказках. Присутність стереотипу. П'яте, невміння планувати, що чітко виявляється при розв'язанні задача на дискурсивне мислення.

Здійснюється підсумок нейропсихологічного дослідження, за потреби призначаються додаткові дослідження і формується висновок. На основі останнього розробляється адекватний план психокорекції особистості соціально дезадаптованого неповнолітнього.

Не варто зводити нейропсихологічне дослідження до банальної «прозвонки» нейронних мереж та тестування «софту» в мозку. Перед нами жива

неповторна особистість, що вимагає від вас індивідуального та творчого доповнення до вказаного алгоритму діагностики і вибудовування психокорекційної програми. Перекоаний, що прискіпливе дослідження дасть можливість виявити нові факти, які не вкладаються у рамки сучасних теорій про те як функціонує людський мозок.

Література

1. Голдберг Э. Управляющий мозг: Лобные доли, лидерство и цивилизация / Пер. с англ. Д. Бугакова. —М.: Смысл, 2003.- 335 с.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. Пособие для студ. Высш. Учеб. Заведений. —М.: Издательский центр “Академия”, 2003.-384 с.
3. Ткач Б.М. Нейропсихологічні чинники виникнення адиктивної поведінки учнівської молоді // Актуальні проблеми психології. Том.V: Психофізіологія. Медична психологія. Генетична психологія. Випуск 3 / За ред. Максименка С.Д. – К.: Міленіум, 2004.- С. 204-211.
4. Goldberg E., Podell K., Harner R., Lovell M., Riggio S. Cognitive Bias, Functional Cortical Geometry, and the Frontal Lobes: Laterality, Sex, and Handedness // Journal of Cognitive Neuroscience.-1994.-Vol.6, №3.-P. 276-296.

В статье рассматриваются современное видение решения проблемы социальной дезадаптации несовершеннолетних с позиции клинической психологии. Предлагаются перспективные направления предупреждения возникновения социальной дезадаптации и сохранения когнитивного здоровья. Рассмотрена сущность социальной дезадаптации несовершеннолетних и способы ее преодоления. Разработана бригадная модель помощи и принципы дистанционной психотерапии. Предложен алгоритм клиничко-психологичене исследования, дифференциальной диагностики и нейропсихологической коррекции социально дезадаптированных несовершеннолетних. Нейропсихологическая диагностика и коррекция основываются на градиентной теории организации высших психических функций человека.

Ключевые слова: *нейропсихологическая коррекция, социальная дезадаптация, когнитивное здоровье, несовершеннолетние.*

The article highlights the modern vision of solving the problem of social disadaptation of minors in context of clinical psychology. Proposed new approaches prevent social exclusion and preserve cognitive health. Created the model of the brigade help and the telepsychotherapy. Proposed algorithm neuropsychological diagnostic and correction personality socially disadaptation juveniles. Neuropsychological diagnostic and correction based on the gradient theory of higher mental functions of man.

Key words: *Neuropsychological correction, social disadaptation, cognitive health, minors.*