

ЦЕЛОСТНАЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ И ЦЕЛОСТНАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У ШКОЛЬНИКОВ-ЛОГОПАТОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ

© 2010 В. Б.Челпанов

*канд. психол. наук, ст. преподаватель
e-mail.ru: medikor@list.ru*

Курский государственный университет

Статья посвящена анализу внешней картины здоровья (ВнКЗ) и внешней картины болезни (ВнКБ) у школьников-логопатов.

На этой основе предлагается реконструкция целостной картины здоровья (ЦКЗ) – целостной картины болезни (ЦКБ) школьников с нарушениями речи и синдромом дефицита внимания (СДВ). Представлена модель коморбидности ММД и СДВ у школьников с речевыми нарушениями.

Ключевые слова: внутренняя, внешняя и целостная картина здоровья – болезни, коморбидность, логопаты, минимальная мозговая дисфункция, синдром дефицита внимания, уровни здоровья, проективные методики.

В настоящее время проблемы здоровья школьников становятся всё более сложными и актуальными для образовательных учреждений. Нарушения здоровья учащихся сказываются на частных проблемах участников образовательного процесса (неуспеваемость, прогулы) и на социально-психологическом климате педагогического коллектива, включая необходимость решения проблем психологической безопасности образовательного процесса и психического здоровья учителей.

Благодаря исследованиям В. Ф. Базарного мы приходим к пониманию здоровья как педагогической категории. Медицинский категориальный аппарат характеризует здоровье как отсутствие болезней [Базарный 1998].

Отечественные исследователи отмечают синкретичность состава понятия «здоровье», поскольку в нём отражаются фундаментальные аспекты биологического, социального, психического и духовного бытия человека в мире. Разработка психологических концепций здоровья началась во второй половине прошлого века в гуманистической и трансперсональной психологии [Васильева, Филатов 2001].

Ранее здоровье воспринималось как недостижимый идеал или как простая сумма среднестатистических норм. Здоровый человек представлялся безликим носителем общих для всех норм, «человеком без дефектов» – почти тем же самым, что и человек «без свойств». «Сторонники традиционной медицинской модели посредством классификаций и описания всевозможных отклонений внушили нам, что патология и болезнь – явления более реальные и достоверные, чем здоровье и душевное благополучие» [Васильева, Филатов 2001: 4].

Исследование В. А. Ананьева проблемы отношения человека к своему здоровью показало, что обязательным фактором является формирование внутренней картины здоровья (ВКЗ) – особого отношения к здоровью, выражающегося в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к совершенствованию. Автор выделяет три стороны ВКЗ.

1. Когнитивная. Рациональная сторона ВКЗ представляет собой совокупность субъективных или мифологических умозаключений, мнений о причинах, содержании,

возможных прогнозах, а также оптимальных способах сохранения, укрепления и развития здоровья (в целом, всё то, что формирует систему верований человека).

2. Эмоциональная. Чувственная сторона ВКЗ включает в себя переживание здорового самочувствия, связанное с комплексом ощущений, формирующих эмоциональный фон (спокойствие, радость, свобода, лёгкость, симпатия и др.)

3. Поведенческая. Моторно-волевая сторона ВКЗ представляет собой совокупность усилий, стремлений, конкретных действий здорового человека, обусловленных его системой верований и направленных на достижение субъективно значимых целей [Ананьев 2000: 45–46].

Термин «психическое здоровье» был введён Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). В докладе Комитета экспертов ВОЗ «Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей» (1979) особое внимание обращено на то, что именно в детстве проблемы психического здоровья имеют прямую связь с окружающей средой.

Здоровье следует рассматривать как системное свойство личности, характеризующее личность во всей полноте её проявлений. Структурные элементы личности выступают как определенные уровни функционирования психики, от характера взаимодействия которых зависят здоровье или болезнь индивидуума. Нарушения психического здоровья возникают из-за рассогласований в структуре личности, которые способны блокировать психическую активность на определённом уровне. Вследствие этого нарушается оптимальный режим функционирования остальных уровней системы.

Е. Р. Калитеевская отмечает, что «личность, как целостная самоорганизующаяся система, включает 7 основных уровней: 1) уровень телесных ощущений и реакций; 2) уровень образов и представлений; 3) уровень самосознания и рефлексии; 4) уровень межличностных отношений и социальных ролей; 5) уровень социокультурной детерминации личности; 6) уровень экзистенциальных (сущностных) или трансперсональных переживаний; 7) уровень самоактуализации (Самости)» [Калитеевская 1999: 231].

Модель оказания психологической помощи школьникам-логопатам эффективно работает на первых четырех уровнях блокировок психической активности личности. Поэтому остальные три уровня мы не описываем.

Первый (психофизический) уровень поддерживается физической активностью ребёнка, саморегуляцией и навыками контроля над телом, дисциплинирует учащихся и создаёт им необходимые условия для усвоения учебного материала. При хроническом мышечном напряжении и фиксированных болезненных ощущениях детям необходима активная деятельность.

Второй уровень включает восприятие внешних событий и явлений, формирование образов внутреннего плана в ходе воображения или сновидения. Позитивные (ресурсные) образы и представления способствуют формированию здоровых установок личности, а негативные – подкрепляют болезненные состояния. Характерным типом рассогласования на данном уровне будет разрыв или противоречие между образами внешнего и внутреннего планов (восприятием и воображением). Оздоровление будет неполным без преобразований в системе представлений субъекта, которые поддерживают болезненные состояния. Навязчивые деструктивные образы и беспокойный сон можно устранить развитием познавательных процессов и средствами арт-терапии.

Поскольку усвоение учебного материала происходит путем восприятия, его нарушения приводят к тому, что ребёнок не может самостоятельно выстроить внутренний и внешний планы работы, вследствие чего происходит некачественное усвоение материала. Опыт работы в психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК)

показывает, что представления об окружающем мире у школьников-логопатов часто искажены и фрагментарны.

Третий уровень (Образ Я и Эго-сознание) включает все аспекты самоидентификации, самооценки и рефлексии. Нарушения самосознания приводят к психопатологии. Практика показывает, что преодоление ребёнком своих ограничений на этом уровне существенно повышает его творческий потенциал. Чувство неполноценности, заниженная самооценка и неуверенность в себе у детей корректируются игровым тренингом.

Четвертый уровень охватывает всю совокупность межличностных отношений – от первичных объектных отношений ребенка до сложной структуры социальных связей взрослого индивида. К этому уровню относится также индивидуальный репертуар социальных ролей, личностный сценарий поведения в социуме. Нарушения коммуникации и дезадаптация приводят к утрате психического здоровья. Мы убеждены в том, что неадекватный ролевой стереотип поведения ученика в школе приводит к конфликтам и формирует у него негативные черты характера. Неадекватные ролевые стереотипы, препятствующие установлению продуктивных отношений, преодолеваются коллективными формами работы и символ-драмой.

Отметим, что психологическая диагностика и коррекция первых четырех уровней блокировок психической активности школьников не вызывает трудностей у практического психолога образования.

Е.Р. Калитеевская пишет, что «подобные блокировки обусловлены нарушением оптимального распределения психической энергии на каждом из уровней и связаны с фрустрацией базовых потребностей личности. Психическая энергия блокируется на том уровне, на котором первоначально проявилась определенная психологическая проблема, и удерживается в заблокированном состоянии до тех пор, пока проблема не будет разрешена. Различные направления психотерапии призваны обеспечить разблокирование психической энергии и достижение интеграции на каждом из уровней. Психокоррекция должна комбинировать различные методы и применять комплексный подход, рассматривая личность как многоуровневое единство» [Калитеевская 1999: 239].

Психодиагностика и психокоррекция упомянутых уровней нарушения здоровья у школьников-логопатов представлены в таблице.

О.В. Васильева и Ф.Р. Филатов приходят к заключению, что на высшем уровне иерархии личности оздоровление понимается как полное «исцеление – восстановление утраченной целостности» [Васильева, Филатов 2001: 269].

Психодиагностика и коррекция нарушений здоровья у школьников-логопатов

Уровни здоровья по Е.Р.Калитеевской	Симптомы нарушений	Методы психодиагностики	Методы психокоррекции
1. Психофизический уровень	Хроническая мышечная напряжённость, фиксированные болезненные нарушения – ипохондрия. Снижение энергетического потенциала организма	Тест «Гомункулус», исследование схемы тела, «Я и моя болезнь» Цветовая диагностика	Физические упражнения, кинестезиологическая гимнастика. Телесно-ориентированная психотерапия. Активная деятельность. Мышечная релаксация

2. Уровень восприятия, представления и воображения	Навязчивые деструктивные образы в результате разрыва внешнего и внутреннего планов (восприятия и воображения): галлюцинации, кошмары, фантазмы и др.	эмоций ребенка О. А. Ореховой, методика Дембо-Рубинштейн, «Рисунок человека» Тест С. Розенцвейга (детский вариант), «Автопортрет», «Несуществующее животное», «Дом, дерево, человек», «Кинетический рисунок семьи»	Развитие познавательных процессов. Арт-терапия
3. Образ Я и Эго-сознание	Чувство неполноценности, нарушения самосознания, самоидентификации, рефлексии, снижение самооценки, неуверенность в себе		Игровая психокоррекция. Поведенческая психотерапия. Работа с кататимными предметами. Сказкотерапия
4. Уровень межличностных отношений и социальных ролей	Неадекватные ролевые стереотипы, нарушения коммуникации, дезадаптация		Групповые и коллективные тренинги. Символ-Драма. Сказкотерапия

По данным ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Курской области», здоровье детей и подростков на территории Курска и Курской области на протяжении последнего десятилетия характеризуется ухудшением по всем показателям.

В городе Курчатове Курской области, где рождаемость превышает смертность, наблюдается массовая речевая патология. Однако, несмотря на это, в детских садах города открыты только 2 специализированные группы для детей дошкольного возраста с ЗПР и всего 6 логопедических групп. Примерно 150 из 350 рождённых каждый год детей уже в 5 лет представляются на ПМПК. Вместо 11 ставок логопедов открыто только 10.

Логопедическая помощь сейчас необходима 368 учащимся начальной школы, но охвачены ею только 248 человек. Получается, что на каждую ставку логопеда приходится 24,8 школьника-логопата. При этом 8 детей страдают заиканием, 58 – нарушением звукопроизношения – фонетический дефект (ФД), а остальные 182 – нарушениями чтения и письма или фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН).

Таким образом, в каждой из 7 Курчатовских школ от 40 до 60 школьников нуждаются в логопедической коррекции, то есть количество школьников-логопатов в два-три раза превышает реальные возможности специалистов и нормативные требования.

Пристального внимания представителей социномических профессий заслуживают школьники, относящиеся к категории часто и длительно болеющих детей. Для большей убедительности приведём статистические данные по МОУ СОШ № 5 г. Курчатова Курской области за 2005 год, позволяющие выделить несколько групп школьников из общего количества учащихся (1300 человек): группа «А» – дети с нарушениями интеллектуального развития (128 чел.); группа «Б» – дети с невротическими реакциями и неврозами (185 чел.); группа «В» – дети с речевыми расстройствами (122 чел.); группа «Г» – дети с психическими заболеваниями (152 чел.); группа «Д» – дети с хроническими заболеваниями внутренних органов: бронхиальной астмой, бронхитами, заболеваниями почек, сердца, желудка и кишечника, эндокринной системы и мочеполовых органов (787 чел.); группа «Е» – дети с патологией опорно-двигательного аппарата (587). У большинства детей методом оптической топографии

был выявлен сколиоз позвоночника с ротацией (смещением по оси) различных его отделов на 10 и более градусов.

Проведённые нами исследования школьников с минимальной мозговой дисфункцией (ММД) и синдромом дефицита внимания (СДВ) в общеобразовательной школе показали, что их симптоматика проявляется в рамках многих взаимосвязанных между собой (коморбидных) нарушений органического происхождения и социализированных расстройств поведения (в частности, психопатий). Это касается также особенностей коммуникативного поведения школьников, страдающих дефектами речи (логопатов) с СДВ.

Для изучения картины здоровья и картины болезни данного контингента учащихся, была выбрана группа «В» – «дети с речевыми расстройствами» (122 человека). В качестве иллюстрации приведём краткие выписки из медицинских, речевых, и психологических карт школьников-логопатов 1992, 1993 и 1994 года рождения:

1. Мальчик, 1992 г.р. Учащийся 7 класса. Поступил в школу из специализированной группы для детей с ЗПР детского сада № 14 г. Курчатова с жалобами на агрессивность, расторможенность (возбудимость), быструю истощаемость. Родился от первой беременности недоношенным, на 7-ом месяце, с весом 3,5 кг. Ходить начал с 1 года, разговаривать – с 3-х лет. Часто болеет ОРЗ.

Диагноз: перинатальная энцефалопатия, церебральная астенция, задержка психического развития (ЗПР), ММД, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГА), вегетативно-сосудистая дистония (ВСД).

Психологический диагноз: школьная дезадаптация (ШД), недостаточная сформированность высших психических функций (ВПФ); психомоторика – развита в пределах средних значений возрастной нормы; эмоционально-волевая сфера – отклонение; поведение – отклонение; интеллект – отклонение (знания об окружающем мире возрасту не соответствуют, абстрактно-логическое мышление не развито, счётные операции нарушены), в схеме тела на себе и на рисунках ориентирован недостаточно, пространственно-временные и родственные связи устанавливает с ошибками.

Логопедический диагноз: общее недоразвитие речи (ОНР) 2–3 уровней.

2. Мальчик, 1992 г.р. Учащийся 7 класса. Поступил в школу из спецгруппы для детей с ЗПР детского сада № 14 г. Курчатова с жалобами на резкую смену настроения, раздражительную слабость, утомляемость. Родился от первой беременности (Кесарево сечение), весом 4 кг. Ходить начал с 10 мес., разговаривать – с 3-х лет. Часто болеет ОРЗ.

Диагноз: церебральная астенция, задержка психического развития (ЗПР), ММД, синдром дефицита внимания с импульсивностью (СДВИМ), соматоформная вегетативная дисфункция (СВД).

Психологический диагноз: школьная дезадаптация (ШД), недостаточная сформированность высших психических функций (ВПФ); психомоторика – развита в пределах средних значений возрастной нормы; эмоционально-волевая сфера – нестабильная; поведение – отклонение; интеллект – отклонение (решение мыслительных задач с опорой на наглядность), путается в схеме тела на себе и на рисунках, упускает важные детали, пространственно-временные связи устанавливает с подсказками, простые родственные – самостоятельно.

Логопедический диагноз: заикание, общее недоразвитие речи (ОНР) 2-го уровня.

3. Мальчик, 1993 г.р. Учащийся 6 класса. Поступил в школу из специализированной группы для детей с ЗПР детского сада № 14 г. Курчатова с жалобами на большие судорожные приступы, утомляемость, истощаемость, головные боли и избегание общения. Родился при угрожающем выкидыше, весом 2 кг. Отставал в развитии от ровесников на полгода. Ходить начал с 1 года, разговаривать – с 3-х лет. Часто болеет ОРЗ, перенёс пневмонию и операционное вмешательство. Имеет врождённую одностороннюю тугоухость.

Диагноз: церебральная астенция, задержка психического развития (ЗПР), синдром дефицита внимания с гипоактивностью (СДВГИ), нейроциркуляторная дистония (НЦД).

Психологический диагноз: школьная дезадаптация (ШД), недостаточная сформированность высших психических функций (ВПФ); психомоторика – нарушена; эмоционально-волевая сфера – отклонение (наблюдается охранительное торможение); поведение – отклонение; в структуре интеллекта – отклонения, связанные с органическим поражением мозга и судорожной готовностью.

Логопедический диагноз: задержка речевого развития (ЗРР).

4. Девочка, 1993 г.р. Ученица 6 класса. Поступила в школу из специализированной группы для детей с ЗПР детского сада № 14 г. Курчатова с жалобами на плаксивость, утомляемость, обидчивость, раздражительность. Родилась от первых родов недоношенной, весом 2,4 кг. Психосоматически ослаблена, ЧДБ. Ходить начала с 1 года и 1 месяца, разговаривать – с 2-х лет.

Диагноз: церебральная астенция, задержка психического развития (ЗПР), ММД, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГИ), вегетативно-сосудистая дистония (ВСД).

Психологический диагноз: школьная дезадаптация (ШД), недостаточная сформированность высших психических функций (ВПФ); психомоторика – развита в пределах средних значений возрастной нормы; эмоционально-волевая сфера – неустойчивая; поведение – отклонение; интеллект – отклонение.

Логопедический диагноз: ОНР 3-его уровня.

5. Девочка, 1994 г.р. Ученица 5 класса. Поступила в школу из специализированной группы для детей с ЗПР детского сада № 14 г. Курчатова с жалобами на двигательные нарушения. Родилась от первых стремительных родов недоношенной с родовой травмой и весом 1,6 кг. Развитие позднее. Сидеть начала в 6 месяцев, а ходить – в 1 год и 8 месяцев. Психосоматически ослаблена, ЧДБ.

Диагноз: детский церебральный паралич: спастическая левосторонняя диплегия (преимущественно нижних конечностей). Задержка психического развития (ЗПР), синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГИ), нейроциркуляторная дистония (НЦД).

Психологический диагноз: школьная дезадаптация (ШД), недостаточная сформированность высших психических функций (ВПФ); психомоторика – отклонение; эмоционально-волевая сфера – отклонение; поведение – норма; снижение интеллекта обусловлено органическим повреждением ЦНС.

Логопедический диагноз: дислалия, дисграфия (нарушена устная и письменная речь).

6. Девочка, 1994 г.р. Ученица 5 класса. Поступила в школу из специализированной группы для детей с ЗПР детского сада № 14 г. Курчатова с жалобами на неправильное произношение звуков. Родилась в срок от первой беременности и первых родов с весом 3,65 кг. Сидеть начала в 6 месяцев, стоять с 8 месяцев, а ходить – с 11 месяцев. Психосоматически ослаблена, ЧДБ.

Диагноз: задержка психического развития (ЗПР), ММД, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГИ), соматоформная вегетативная дисфункция (СВД).

Психологический диагноз: школьная дезадаптация (ШД), недостаточная сформированность высших психических функций (ВПФ); психомоторика – развита в пределах средних значений возрастной нормы; эмоционально-волевая сфера – отклонение; поведение – отклонение; интеллект – отклонение.

Логопедический диагноз: дислалия, дисграфия.

Как было отмечено нами ранее [Челпанов 2009], предметом взаимодействия врача и практического психолога образования являются феномены внутренней картины болезни (ВКБ), или аутодеструкции схемы тела, и внутренней картины здоровья (ВКЗ), или аутоконструкции схемы тела, которые являются сугубо субъективными конфликтующими (конкурирующими) психическими реальностями человека.

По мнению Д. Н. Исаева, «изучение ВКБ является прямым путём к оценке психосоматической ситуации, возникающей в результате взаимодействия личности больного и среды. Суть психосоматической ситуации сводится не только к невозможности осуществлять игровую или учебную деятельность, но и к межличностным отношениям человека и его окружения.

Поэтому изучение влияния психосоциальных факторов для учёта и включения в план лечебно-коррекционного вмешательства – один из пунктов профессиональной деятельности врача и психолога. Это означает, что ребёнка, нуждающегося в оказании медицинской и психологической помощи, необходимо квалифицировать не как больного терапевтического или психоневрологического профиля, а как страдающую личность, имеющую определённое заболевание» [Исаев 2004: 96].

Автор замечает то, что «психосоматическая ситуация – это надежда либо разочарование человека по поводу его выздоровления и лечения, перспектив жизни и отношений, и в то же время – это его ропот, борьба за свой прежний социальный статус, образ жизни, а в некоторых случаях – отчаяние и апатия. ВКБ у детей, будучи фактором то положительным, то отрицательным, влияет на проявление и течение заболевания, на

отношения в семье, успеваемость, оказывается причиной душевных конфликтов» [Там же, 115].

Таким образом, ВКЗ – ВКБ понимаются нами каждая как совокупность представлений человека о состоянии своего здоровья и болезни, полученная в результате применения психодиагностических средств труда практического психолога.

В качестве примера рассмотрим две проективные методики: «Гомункулус» и «Я и моя болезнь» для исследования соматических заболеваний.

1. Тест «Гомункулус» разработан А. В. Семеновичем и представляет собой рисунок контура тела человека с растопыренными пальцами рук и ног. Для диагностики рисунок увеличивают до формата листа А4 и предлагают ребёнку его раскрасить. Тест выполняется ведущей рукой. Всё, что актуально для ребёнка в данный момент, отмечается им на рисунке. Важно обращать внимание на то, с чего начинается раскраска. По окончании раскрашивания школьнику задаются следующие вопросы по рисунку: «Кого ты раскрасил?», «Как его зовут?», «Сколько ему лет?», «Что он сейчас делает?», «Чем он вообще занимается?», «Любимое и нелюбимое его занятие?», «Боится ли он чего-нибудь или кого-нибудь?», «Где и с кем он живёт?», «Кого он больше всех любит?», «С кем он дружит, играет, гуляет?», «Какое у него настроение?», «Назови его самое заветное желание», «Как бы и чем он защищался от врагов?», «Какое у него здоровье?», «Что у него болит и как часто?», «Что в нём хорошего и плохого?», «Кого он тебе напоминает?» [Семенович 2002: 20].

2. Тест «Я и моя болезнь» является авторским и представляет собой изображение школьником ассоциации болезни. Ребёнку даётся инструкция: «Нарисуй, пожалуйста, себя и свою болезнь». Затем задаются такие вопросы: «Покажи мне на рисунке себя и свою болезнь. Скажи, пожалуйста, на что она похожа, с чем ты можешь её сравнить?», «Как называется то, что ты нарисовал?», «Откуда оно взялось?», «Где оно находится?», «Какие доставляет тебе неудобства?», «Сколько ему дней, недель, месяцев, лет?», «Как оно ведёт себя по отношению к тебе?», «Какие у тебя с ним отношения?», «Что бы ты хотел изменить в нём?», «Что бы ты хотел изменить в себе?».

Тесты позволяют определить нарушения схемы тела и особенности внутренней картины болезни – здоровья у детей.

Теперь мы конкретизируем содержание двух новых понятий: **внешней картины здоровья (ВнКЗ) и внешней картины болезни (ВнКБ)** на примере школьников-логопатов с СДВ. Под ВнКЗ и ВнКБ подразумеваются все объективные данные о школьниках-логопатах, которые специалисты получают из разных источников с помощью: 1) наблюдения динамики состояния здоровья – болезни школьников (регулярные осмотры), 2) наблюдения за внешним рисунком поведения школьника в разных ситуациях, 3) инструментальных и лабораторных исследований средствами труда, 4) сбора медицинского анамнеза врачом, 5) сбора психологического анамнеза практическим психологом, 6) сбора логопедического анамнеза логопедом.

Результаты врачебных осмотров отражены в медицинских картах школьников, результаты психологической диагностики – в индивидуальных психолого-педагогических картах учащихся, данные логопедического обследования – в речевых картах детей. Затем сведения обобщаются и заимствуются специалистами друг у друга для выполнения профессиональных обязанностей, направленных на оказание квалифицированной помощи школьникам, страдающим дефектами речи на фоне СДВ.

В итоге добытые сведения об индивидуальных особенностях ВКЗ – ВКБ и ВнКЗ – ВнКБ позволяют врачу, психологу и логопеду провести реконструкцию целостной картины здоровья (ЦКЗ) – целостной картины болезни (ЦКБ) в соответствии с имеющимися у них знаниями, опытом работы, компетенцией и информационной адекватностью (релевантность информации состоянию здоровья – болезни человека). В качестве примера представим структуру ЦКБ школьников-логопатов с диагнозом «заикание» (рис. 1).

Внешняя картина болезни
(ВнКБ)
заикание у школьника

Целостная картина болезни
(ЦКБ) речевого расстройства
«заикание»

Внутренняя картина болезни
(ВКБ)
заикание у школьника

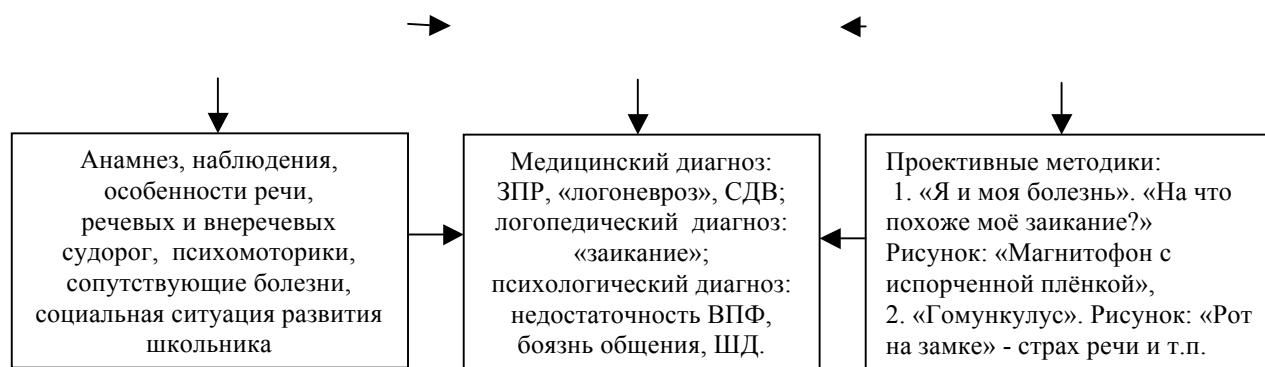


Рис. 1. Структура целостной картины речевого расстройства «заикание»

Что касается ЦКЗ, то в неё входят такие компоненты, как представления школьников о здоровье (что такое здоровье), здоровом человеке (как выглядит здоровый человек), здоровом образе жизни (как ведёт себя и чем занимается здоровый человек, как он разговаривает и т.д.), уверенности, силе, воле, спокойствию, умении держаться, признаться самому себе в чём-либо, прощении окружающих, вере в себя и в эффективность оказания помощи, а также все компенсаторные возможности детей с дефектами речи (врождённый потенциал здоровья).

У школьников-логопатов отмечаются нарушения познавательной деятельности и слабая успеваемость, особенно по русскому языку и математике, а также трудности в общении, поэтому они остро переживают свой дефект. Особенно это касается неудачных взаимоотношений в классе между мальчиками и девочками подросткового возраста.

О. Н. Ермакова и Е. А. Земская считают коммуникативной неудачей полное непонимание высказывания партнёров коммуникации, то есть неосуществление или неполное осуществление коммуникативного намерения говорящего, а также возникающий в процессе общения, не предусмотренный говорящим нежелательный эмоциональный эффект: обида, раздражение, изумление. Коммуникативные неудачи постигают коммуникантов при неправильном построении речевых воздействий [Ермакова, Земская 1993].

Наряду с коммуникативной неудачей, специалист в области психолингвистики И. А. Стернин использует понятие коммуникативного самоубийства. Он считает, что явление коммуникативного суицида относится к стилистике, но при этом взаимосвязано с психологией общения, с проблемами речевого воздействия. Согласно его определению, коммуникативное самоубийство представляет собой такую грубую ошибку в общении, которая делает его заведомо неэффективным [Стернин 2002].

Разумеется, школьники с дефектами речи совершают грубые ошибки непреднамеренно, а по ряду социально-психологических причин (социально-педагогическая запущенность). Наблюдаются следующие психологические особенности логопатов: общаясь с другими школьниками, они склонны усваивать ненормативную лексику, имитировать девиантное поведение одноклассников; стойкое убеждение о том, что не нужно стараться правильно говорить и писать, вызывает недостаточность прилагаемых коммуникативных усилий, поэтому речь понятна только самим логопатам, родителям и друзьям. Учителям приходится добиваться внятности путём переспрашивания. Все переживания дефектов речи остаются глубоко внутри сознания логопатов, формируя комплексы неполноценности. Недостаточность связной речи способствует накоплению эмоциональных переживаний.

Поскольку логопаты выделяются из общей массы школьников, их нередко критикуют, подвергают публичному осмеянию, передразнивают. Поэтому все попытки вызвать у логопата желание изменить своё коммуникативное поведение не находят поддержки. Школьников с дефектами речи часто переводят в другой класс или другую школу, на индивидуальное обучение для защиты от внешних психотравмирующих влияний.

На наш взгляд, коммуникативному самоубийству особенно способствует речевая агрессия школьников-логопатов, связанная с невозможностью осуществить качественное полноценное высказывание. Это касается и учащихся с заиканием, которые предпринимают неудачные попытки ответить на вопросы учителя в классе с места или у доски. В результате у них усиливается фиксация на дефекте, формируются тактики избегания общения, комплексы неполноценности. Речевая агрессия у них появляется в ответ на насмешки одноклассников.

Также среди особенностей коммуникативного поведения школьников-логопатов встречаются случаи активизации пассивного словарного запаса в виде экспрессивных выражений (нецензурной брани) в ответ на предъявление педагогических требований, которые они не в состоянии выполнить. Им легче выполнять письменные (невербальные) задания, чем устные (вербальные).

Школьники-логопаты склонны к речевой агрессии. По мнению Ю. Щербининой, речевая агрессия характерна для детской речевой среды и педагогического общения. Речевая агрессия – это грубое, оскорбительное, обидное общение; словесное выражение негативных эмоций, чувств или намерений в неприемлемой в данной речевой ситуации форме: оскорбление, угроза, грубое требование, грубый отказ, обвинение, насмешка....

Многие школьники, демонстрируя склонность к обидному общению, не оценивают свою речь как агрессивную, не способны к объективной оценке собственного речевого поведения, а значит – к его анализу и изменению. Дети могут словесно унижать, намеренно оскорблять, запугивать, высмеивать друг друга, чтобы повысить собственную самооценку, продемонстрировать позицию лидера, укрепить свой авторитет в детском коллективе [Щербинина 2009].

Вышеизложенное позволяет утверждать, что логопатам свойственны некоторые виды поведения, отклоняющегося от речевой нормы (рис. 2).



Рис. 2. Виды поведения, отклоняющегося от речевой нормы школьников-логопатов

Представления о ЦКБ составили основу модели коморбидности ММД / СДВГ у школьников-логопатов, представленной на рисунке 3.

Поясним значение некоторых понятий, включённых нами в представленную модель коморбидности ММД/СДВ.

1. Гиперактивность у детей была описана отечественным психиатром Г. Е. Сухаревой как «...проявления психомоторного беспокойства, неустойчивости внимания, импульсивности. Эти особенности детского возраста, как известно, находят

свое объяснение в незаконченном развитии детского мозга. При выпадении тормозящего влияния коры получают перевес подкорковые механизмы. Среди психомоторных расстройств, встречающихся у детей... очень часто отмечаются двигательное беспокойство, бесцельные, избыточные, непрерывные движения, гримасничанье, кувырканье, паясничанье» [Сухарева 1955: 25].

Ю. В. Валентик и Н. М. Иовчук считают стандартом оценки «гиперкинетического поведения» следующие критерии: 1) высокая двигательная активность по сравнению с детьми той же возрастной группы и интеллектуального развития; 2) раннее начало (до 6 лет); 3) большая длительность (или постоянство во времени); 4) частота обнаружения в разных ситуациях (в школе, дома, на улице) [Валентик, Иовчук 2003].

Напротив, критерии оценки «гипокинетического поведения» в контексте данной проблематики отсутствуют, несмотря на разработанность клинико-психолого-педагогических классификаций детей с задержкой психического развития (ЗПР) и лёгкой степенью умственной отсталости в отечественной педологии В. П. Кащенко (1910; 1927), в детской психиатрии Г. Е. Сухаревой (1965), в дефектологии Т. А. Власовой, М. С. Певзнер (1973) и в лечебной педагогике Е. М. Мастюковой (1997).



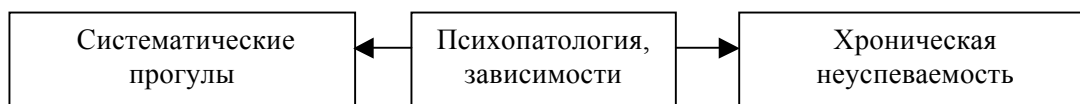


Рис. 3. Модель коморбидности минимальной мозговой дисфункции (ММД): СДВГА – синдром дефицита внимания с гиперактивностью; СДВГИ – синдром дефицита внимания с гипoaктивностью; СДВИМ – синдром дефицита внимания с импульсивностью; РС – раздражительная слабость

Нам представляется необходимым учёт типологий данных групп детей для целей нашей работы, поскольку ММД и СДВГ входят в структуру ЗПР и пограничных с нею состояний. При этом потенциальные способности к обучению и гармоничному развитию личности у этих детей остаются нереализованными. Длительное воздействие школьных психотравмирующих факторов приводит гипо- и гиперактивных детей к социальной дезадаптации, которая создаёт условия формирования невротической или психопатологической личности. Для профилактики учебной декомпенсации необходимо своевременное лечение при постоянном наблюдении психоневролога и патопсихологическом контроле на фоне психолого-педагогической коррекции по индивидуальной программе.

2. «Раздражительная слабость» была описана русским психологом П. Ф. Каптеревым в 1895 г. как состояние «быстрой и лёгкой возбудимости нервной системы со столь же резким и быстрым понижением возбудимости, утомлением и истощением нервной энергии... Раздражительная слабость имеет близкое родство с естественными и необходимыми недочётами воли у детей» [Каптерев 1999: 50–52]. Это отчётливо отражает недостатки детской воли при ММД.

3. Соматоформная вегетативная дисфункция (СВД). А. А. Бова высказал мнение о том, что общим признаком всех невротических соматоформных расстройств выступает наличие у больных симптомов тревоги (тревожно-фобические и другие тревожные расстройства). Многие из этих тревожных расстройств (социофобии, специфические фобии) и сопровождающие их вегетативные проявления оказываются ситуационно обусловленными. Поэтому пациенты стараются избегать соответствующих ситуаций [Бова 2006].

4. Вегетативно-сосудистая дистония (ВСД) – психофизиологические изменения, наблюдаемые на фоне протестного, неадекватного или девиантного поведения у школьников и проявляющиеся в виде совокупности вегетативно-сосудистых реакций (цианоз губ, гиперемия или побледнение лица, изменение пульса, артериального давления, расширение или сужение зрачков, сухость во рту, повышенная потливость и др.). ВСД часто диагностируются у школьников и подробно были изучены А. М. Вейном. Нейроциркуляторная дистония (НЦД), по его мнению, представляет собой «осколок» ВСД [Вейн 1991].

Согласно исследованию И. Г. Метелевой, ВСД является психосоматическим заболеванием, психологической первопричиной которого является высокий уровень личностной тревожности. Таким образом, можно утверждать, что для детей с ВСД (НЦД) характерны ранимость психики, тревожность, обидчивость, неуверенность, склонность к длительным переживаниям и страхам. Значительный вклад в формирование ВСД (НЦД) вносит неблагоприятное социальное (психотравмирующее) окружение ребёнка [Метелева 2003].

5. Неврозы. Н. В. Верещагин, Л. К. Брагина, Н. С. Благовещенская относят неврозы к обратимым психогенным нервно-психическим расстройствам, проявляющимся в специфических психологических эмоционально-аффективных и соматически-вегетативных феноменах. Любой невроз – это следствие нервно-психических перенапряжений и конфликтов, при котором большую роль играет

социально-индивидуальная значимость переживания. То есть невротическая реакция возникает лишь при условии, что на личность воздействует подходящий для неё ключевой (триггерный) раздражитель. Вторым фактором являются фенотипические особенности личности, которые складываются под влиянием наследственности и воспитания.

И. П. Павлов выделял три причины невроза: 1) перенапряжение процессов возбуждения (испуг); 2) перенапряжение процессов торможения (вызванное необходимостью долго подавлять свои эмоциональные реакции, что-то скрывать или же обусловленное деспотичной обстановкой в семье); 3) сшибка нейродинамических процессов, когда одновременно действуют оба процесса (возбуждение и торможение). Например, при отсутствии одинаковых стратегий воспитания ребёнка в семье к нему со стороны родителей одновременно предъявляются разнонаправленные требования [Верещагин, Брагина, Благовещенская 1989].

Деформация системы отношений личности приводит ее к невротическому развитию, понимаемому в рамках концепции неврозов В. Н. Мясищева как нарушение особо значимых отношений личности, образующих целостную систему [Мясищев 1960].

Согласно О. В. Кербинову, «неврастеник-гиперстеник чаще формируется в условиях безнадзорности и беспризорности, неврастеник-гипостеник – в условиях притеснений, страдающие истерией – в условиях чрезмерного внимания близких (кумир семьи)» и т.д. (цит. по: [Верещагин, Брагина, Благовещенская 1989: 224]).

Что касается дидактогенных психосоматических реакций у школьников, то они чаще всего проявляются дисфункциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта (изжога, тошнота, рвота) или мочевыделительной системы (дневной и ночной энурезы).

Дальнейшая симптоматика, по нашим наблюдениям, развивается по типу соматоформной вегетативной дисфункции (СВД). Такие нарушения требуют немедленного оказания психологической и медицинской помощи школьникам.

6. Синдром уходов и бродяжничества. В структуре пограничной патологии детско-подросткового возраста этот синдром представляет собой одну из сложнейших медико-социальных и психолого-педагогических проблем, неразрешение которых может привести к тяжёлым социальным последствиям.

Исследованиями Понсе Гуадарамы Луиса Херсио, установлено, что этот контингент составляют две неравные группы: 1) «уличные дети», у которых полностью порваны связи с домом; 2) «дети на улице», проводящие на улице лишь часть своего времени и частично посещающие учебные занятия. Все они подвержены соматическим заболеваниям и психическим нарушениям. Социальной особенностью данного контингента является доминирование семейного неблагополучия (из 11.172 обследуемых 81 % этих детей и подростков не знали свою мать, 70 % — не знали отца).

Синдром уходов и бродяжничества в детско-подростковом возрасте определяется развитием нарушений поведения в тесной зависимости с утрированными проявлениями возрастных кризов (второй детский возрастной криз и препубертатный) с разной степенью выраженности аффективных расстройств; сопровождается практически полной (примерно 80 %) школьной дезадаптацией и высокой частотой асоциальных действий (70 % этих детей и подростков состоят на учёте в инспекции по профилактике правонарушений среди несовершеннолетних) [Понсе Гуадарамы 1995].

Вышеизложенное позволяет нам сделать несколько выводов.

1. Целостная картина здоровья (ЦКЗ) и целостная картина болезни (ЦКБ) школьников с речевой патологией складывается из ВКЗ – ВнКз и ВКБ – ВнКБ.

2. Важная роль в преодолении медицинских, социальных и психолого-педагогических последствий речевой агрессии, коммуникативной неудачи,

коммуникативного самоубийства школьников-логопатов принадлежит профессиональной заинтересованности образовательных учреждений в улучшении состояния здоровья, качества жизни и оптимизации адаптации учащихся с СДВ.

3. Разработанная нами модель коморбидности ММД/СДВ, во-первых, обобщает и устанавливает взаимосвязи между ВКЗ и ВКБ как конфликтующими (конкурирующими) психическими реальностями школьников-логопатов; во-вторых, позволяет практическим психологам реализовать сформулированный Б.В. Зейгарник принцип о том, что коррекция выявленного дефекта должна начинаться с уровня, предшествующего нарушенному. Данный принцип должен быть положен в основу при выборе методов психодиагностики и психокоррекции школьников-логопатов с СДВ.

4. Наличие в структуре ЦКБ школьников-логопатов медицинских нозологий (неврозы, ВСД, СВД, органическая патология), психолого-педагогических проблем (дидактогении, дидактопатии, неуспеваемость) и социальных последствий (школьная дезадаптация, синдром уходов и бродяжничества, хронические прогулы) обосновывает необходимость взаимодействия практического психолога с представителями социномических профессий.

Библиографический список

Ананьев В. А. Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания // Психология здоровья / Г. С. Никифоров, В. А. Ананьев, И. Н. Гурвич и др.; под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: СПбГУ, 2000. 504 с.

Базарный В. Ф. Главная опасность для цивилизации: здоровых людей единицы // Народное образование. 1998. № 9–10. С. 157–165.

Бова А. А. Нейроциркуляторная дистония или соматоформная вегетативная дисфункция? // Медицинские новости. 2006. № 7. С. 11–13.

Валентик Ю. В., Иовчук Н. М. Дифференциация реабилитационных программ // Руководство по реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / под ред. Ю. В. Валентика. М.: ИД «ГЕНЖЕР», 2003. С. 294–326.

Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М.: Академия, 2001. 352 с.

Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы. М.: Медицина, 1991. 622 с.

Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. 2 изд., испр. и доп. М.: Просвещение, 1973. 175 с.

Ермакова О. Н., Земская Е. А. К построению типологии коммуникативных неудач (на материале естественного русского диалога) // Русский язык в его функционировании: коммуникативно-прагматический аспект. М.: Наука, 1993. С. 30–64.

Зейгарник Б. В. Патопсихология: учебник. М.: Эксмо-пресс, 2000. 576 с.

Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. СПб.: Речь, 2004. 384 с.

Калитеевская Е. Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. М., 1999. С. 231–239.

Каптерев П. Ф. Детская и педагогическая психология. М. – Воронеж: МОДЭК, 1999. 330 с.

Кащенко В. П. Педагогическая коррекция. М.: Просвещение, 1994. 223 с.

Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст: советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии). М.: ВЛАДОС, 1997. 304 с.

Метелева И. Г. Соотношение психологических и физиологических характеристик у детей с вегетативно-сосудистой дистонией: дисс... канд. мед. наук. Курск: КГМУ. 2003.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л.: ЛГУ, 1960. 420 с.

Понсе Гуадарама Луис Херсио. Клинические особенности синдромов уходов и бродяжничества у детей и подростков: автореф... канд. мед. наук. 1995.

Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособ. для высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2002. 232 с.: ил.

Справочник по неврологии / Н. В. Верещагин, Л. К. Брагина, Н. С. Благовещенская и др.; под ред. Е. В. Шмидта, Н. В. Верещагина. 3 изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1989. 496 с.

Стернин И. А. Речевое воздействие как интегральная наука, 2002 // Персональный сайт Иосифа Абрамовича Стернина [Электронный ресурс]. URL: http://www.sternin.adeptis.ru/articles_rus.html#d (дата обращения: 31.08.2010 г.).

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. I–III. М.: Медгиз, 1955–1965.

Сухарева Г. Е. Несколько положений о принципах психиатрической диагностики // Вопросы детской психиатрии. М., 1990. С. 5.

Челпанов В. Б. Феномены внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья как конкурирующие и взаимодополняющие психические реальности // Учёные записки Курского государственного университета: электронный научный журнал. 2009. № 3 (11). URL: <http://scientific-notes.ru/pdf/011-20.pdf>.

Щербинина Ю. Речевая агрессия в школе и способы её преодоления // Первое сентября. 2009. № 68.