

расстройствами // Четвёртая международная конференция по когнитивной науке 22–26 июня 2010 г., Томск, Россия. Тезисы докладов т. 2. - С.566-567

13. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении /под ред. Ю.Ф.Полякова. М. 1982.

Клиническая психология развития: современные проблемы дизонтогенеза

Зверева Н.В., Рощина И.Ф.

Московский городской психолого-педагогический университет, Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия

В современной клинической психологии интенсивно разрабатываются проблемы развития и распада психики по отношению к больным разного возраста. Такой подход дает основание специалистам - клиническим психологам выделять клиническую психологию развития как важное направление исследований (А.Л. Венгер, Д.Н.Исаев, И.М.Никольская и др.) [1, 5, 14].

Настоящее сообщение отражает позицию авторов статьи относительно некоторых существенных вопросов клинической психологии:

- проблема соотношения развития и распада психики;
- специфика био-психо-социальной модели психики с позиций клинической психологии;
- соотношение понятий «дефицит», «дефект» и «дизонтогенез»;
- типология и содержание отдельных видов нарушенного развития.

Обращение к одной из главных проблем клинической психологии о соотношении развития и распада психики (Л.С.Выготский, Б.В.Зейгарник) на современном этапе дает основание выделять асинхронию развития и асинхронию распада психики. Асинхрония развития – устоявшийся общепринятый термин, обозначающий механизм нарушенного развития в противовес гетерохронии развития, свойственной нормальному онтогенезу (Д.Н.Исаев, В.В.Ковалев, К.С.Лебединская, В.В.Лебединский, О.С.Никольская, и др.) [5,6,11,15]. Современные исследования позволяют использовать понятие асинхронии распада психики как механизма патологического старения. Хорошо известно, что при многих психических заболеваниях в позднем возрасте отмечается неравномерность нарастания тяжести нарушений в разных сферах психики. Например, у значительного числа пациентов с болезнью Альцгеймера на фоне выраженного снижения операциональных составляющих психической

активности отмечается достаточная сохранность эмоционально-личностной сферы в течение длительного времени [8,9]. Таким образом, при тяжелом диффузном органическом поражении мозга в первую очередь нарушаются рано сформировавшиеся компоненты психики, и в последнюю очередь - более поздние.

Современная клиническая психология базируется на био-психо-социальной модели психики человека. На разных этапах онтогенеза можно отметить различный вклад (удельный вес) названных компонентов в проявления нарушенного развития. В детском возрасте нарушения возникают на фоне незавершенного морфогенеза, при этом патологический фактор в первую очередь «взаимодействует» с потенциальной пластичностью ЦНС. При старении психическая патология, во-первых, соотносится с процессами инволюции в разных системах организма, а, во-вторых, проявляется на фоне всего опыта жизни человека, т.о., «взаимодействует» преимущественно с психо-социальной сферой человека. Можно полагать, что в начале жизни большой удельный вес имеет «биологическая» составляющая «био-психо-социальной» модели психики, а в конце – психо-социальная ее составляющая. Это предположение обосновывается в некоторых современных работах [9,10,17].

Специфика «био-психо-социальной» модели психики, с позиций клинической психологии, заключается в том, что при разных нервно-психических заболеваниях на различных этапах онтогенеза можно наблюдать не только многообразие соотношений, но и иерархию компонентов модели психики в их влиянии на проявления нарушений психической сферы.

Важными, не до конца определенными и изученными в клинической психологии развития являются понятия «дефицит», «дефект» и «дизонтогенез».

Термин «дефицит» имеет специфику применения в таких разделах психологии, как нейропсихология, специальная психология, когнитивная психология и др. С позиций клинической психологии развития имеет значение применение термина «дефицит», с одной стороны, как постоянного проявления снижения функций, а с другой стороны, как временного снижения уровня выполнения деятельности, возникающего под влиянием болезненных факторов. В этом смысле «дефицит» является нестабильным, и можно говорить о динамике проявлений дефицитарности.

Понятие «дефект» означает выраженное нарушение в психической сфере, имеющее достаточно устойчивое проявление симптомов и возможность их углубления и нарастания. «Дефект», как правило, формируется в ходе болезни

и является следствием прогредиентности заболевания.

«Дизонтогенез» - нарушенное развитие - может включать в свою структуру различные «дефициты», которые оказывают влияние на характер и темп развития, замедляя или искажая его. Кроме того, «дизонтогенез» во многих случаях определяется наличием специфического «дефекта», характеризующегося иерархическим сочетанием первичных и вторичных симптомов. Типы «дизонтогенезов» могут исчерпываться сочетанием различных «дефицитов», а могут определяться наличием формирующихся или стойких «дефектов». Таким образом, нарушенное развитие – «дизонтогенез» может иметь много вариантов. Традиционно основное внимание клинических психологов сосредоточено на дизонтогенезе задержанного, искаженного и дисгармоничного типов и их сложных сочетаниях в детско-подростковом возрасте [5,6,11]. В психологии аномального онтогенетического развития хорошо известна классификация типов «дизонтогенеза», предложенная В.В.Лебединским. Она основана на клинко-психологическом анализе нарушенного развития в детском и подростковом возрасте с выделением трех базовых причин «дизонтогенеза»: остановка (приостановка) развития, поломка и асинхрония развития, которые приводят к шести вариантам нарушенного развития. Эта классификация охватывает все сферы психического развития, но ограничена рамками детско-подросткового возраста [11].

В предыдущих работах авторы настоящего сообщения предлагали использовать понятие «дизонтогенез» как отклонение в психическом развитии применительно ко всем этапам онтогенеза: детству, подростничеству, юности, зрелости, пожилому и старческому возрасту. Начало нарушения психического развития может приходиться на различные возрастные периоды жизни человека. «Дизонтогенез» как нарушение развитие определенного типа может иметь длительность, равную жизни пациента, а в иных случаях иметь ограниченные хронологические рамки. В этой логике следует говорить об изменении, развитии, трансформации и возникновении типов «дизонтогенеза» не только в детском возрасте, но и в другие периоды жизни человека при уточнении его психологического содержания на каждом возрастном этапе жизни, что с необходимостью требует учета комплекса факторов: медицинских, психологических, социальных [4].

Ряд авторов выделяют и изучают типы «дизонтогенеза», связанные с различными компонентами психического и физиологического развития человека. Так, В.В. Лебединский и О.С.Никольская предлагают термин «эмоциональный дизонтогенез», рассматривая его как модель раннего детского

аутизма. Г.А.Арина, В.В.Николаева разрабатывают понятие «психосоматический дизонтогенез» как нарушения развития, обусловленные психосоматической патологией. Е.В.Мединский и др. используют термин «сексуальный дизонтогенез», имея в виду своеобразие развития сексуальной сферы при отклоняющемся здоровье. Н.В.Зверева, А.А.Коваль-Зайцев разрабатывают понятие «когнитивный дизонтогенез», в котором отражена специфика нарушения познавательного развития. Таким образом, разные авторы анализируют нарушения различных сфер психики, как проявления определенного типа «дизонтогенеза», связанного с конкретными психическими заболеваниями или отклонениями био-психо-социального развития [2,3,11,12,13,15,16].

Современное общество предъявляет к людям все новые требования по усвоению и переработке информации, что существенно увеличивает нагрузки на когнитивную сферу человека и требует продолжения когнитивного развития на протяжении всей жизни. Как показывает клинический опыт, адаптация к этим условиям может быть различной, в том числе и патологической. Неуспешность когнитивной адаптации может приводить к усилению уже имеющейся патологии психики или способствовать возникновению новых форм нарушенного развития.

«Когнитивный дизонтогенез» – термин, введенный в 2005г. Н.В.Зверевой для обозначения особенностей познавательного развития и когнитивного функционирования детей с нарушениями психики (на примере детской шизофрении) [2]. «Когнитивный дизонтогенез» рассматривается в двух планах: как уровень проявления общих нарушений развития, вызванных различными причинами, и как собственно своеобразие формирования меж- и внутрифункциональных связей высших психических функций у больных детей. Важнейшей характеристикой «когнитивного дизонтогенеза» как особенного типа нарушенного познавательного развития является состояние меж- и внутрифункциональных связей в работе высших психических функций (мышления, восприятия, памяти, внимания). «Когнитивный дизонтогенез» как особый тип развития характеризуется асинхронией, ретардацией или сочетанием этих отклонений темпов развития отдельных компонентов психических функций, нарушением формулы развития различных сторон познавательных процессов - мышления, восприятия, памяти (как по видам высших психических функций, так и по их структуре и модальности осуществления). Можно выделить разные виды «когнитивного дизонтогенеза» у детей с различными формами отклоняющегося развития с учетом профиля

межфункциональных связей в норме.

Первоначально «когнитивный дизонтогенез» описывался только применительно к отклоняющемуся развитию, обусловленному наличием эндогенной патологии с расстройствами аутистического спектра, на примере детей и подростков, больных шизофренией. Когнитивный дизонтогенез в детско-подростковом возрасте при шизофрении с ранним началом в детском возрасте может быть искаженным, дефицитарным и регрессивно-дефектирующим (Н.В.Зверева, А.А.Коваль-Зайцев). *Искаженный тип* - это сочетание опережения и отставания от нормативного уровня развития отдельных компонентов психических функций и деятельности в целом. *Дефицитарный тип* - сочетание ретардации с нормативными показателями уровней развития разных сфер психической деятельности. *Регрессивно-дефектирующий тип* - неравномерно проявляющаяся грубая ретардация уровня развития отдельных сфер психической деятельности [3,7].

Клинико-психологический анализ показывает, что типология когнитивного дизонтогенеза применима к эндогенному и другим видам патологии в детстве, а также может быть распространена на психические заболевания в другие возрастные периоды. Рассматривая перечисленные типы применительно к вариантам патологического старения, можно выделить аналогичные по структуре типы когнитивного дизонтогенеза последнего этапа жизни. Синдром мягкого когнитивного снижения (*Mild cognitive impairment*) в позднем возрасте, представляющий собой промежуточную стадию между возрастной нормой и деменцией и имеющий повышенный риск перехода в деменцию, может проявляться в разных вариантах: 1) амнестический вариант встречается наиболее часто и отличается преобладанием в клинической картине снижением памяти на текущие события; 2) синдром МСІ с множественной легкой когнитивной недостаточностью характеризуется сочетанным поражением нескольких когнитивных функций. Амнестический вариант синдрома МСІ без прогрессирования когнитивного снижения (что наблюдается достаточно часто) может рассматривать как дефицитарный тип дизонтегенеза. Второй вариант синдрома МСІ, часто являющийся доклинической стадией сосудистой деменции или болезни Альцгеймера, относится к регрессивно-дефектирующему типу дизонтогенеза. Мнестико-интеллектуальное снижение при сосудистом поражении мозга без деменции также можно рассматривать как дефицитарный вариант дизонтогенеза, а все прогрессивные деменции второй половины жизни (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика и др.) – как регрессивно-дефектирующий тип. Изучение механизмов и структуры когнитивного

дизонтогенеза в разные возрастные периоды жизни является важной задачей клинической психологии развития, оно должно быть продолжено на другом клиническом материале.

Современные проблемы дизонтогенеза в клинической психологии развития включают вопросы типологии, содержания и динамики отдельных его видов. Изучение дизонтогенеза - общая задача медиков, психологов, физиологов, в ее решении каждый должен сохранять свою профессиональную специфику в оценке нарушенного развития. При этом важно, чтобы все специалисты находили общий язык.

Литература

1. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Клиническая психология развития: состояние и перспективы. //Вопросы психологии, 2007, № 5.
2. Зверева Н.В. Дисгармоничность как специфический признак когнитивного дизонтогенеза при шизофрении в детском возрасте // «В.М. Бехтерев и современная психология». Материалы докладов на российской научно-практической конференции. Казанский госуниверситет, 29-30 сентября 2005 г., Казань, Центр инновационных технологий, 2005.
3. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А. Диагностика когнитивного дизонтогенеза при расстройствах шизофренического спектра в детском возрасте // Мир психологии, 2010, №1.
4. Зверева Н.В., Рощина И.Ф. Проблемы дизонтогенеза в клинической психологии // Культурно-историческая психология, 2008, № 3.
5. Исаев Д.Н. Дизонтогенез или патопсихология развития? /Рождение и жизнь. Материалы международной конференции по клинической психологии детства.- Спб.: СПбГПМА, 2010.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., Медицина, 1985.
7. Коваль-Зайцев А.А. Типология когнитивного дизонтогенеза при аутистических расстройствах процессуального генеза в детском возрасте. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 20.02.2011).
8. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Когнитивные функции при нормальном и патологическом старении./ «Нейродегенеративные заболевания». Фундаментальные и прикладные аспекты. Под ред. Акад. М.В.Угрюмова, М. Наука, 2010.
9. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения. Ж. Неврология,

- нейропсихиатрия, психосоматика. 2009, № 3-4.
10. Лассан Л.П. К вопросу о факторах в клинической нейропсихологии детского возраста. Рождение и жизнь. /Материалы международной конференции по клинической психологии детства.- Спб.: СПбГПМА, 2010.
 11. Лебединская К.С., Лебединский В.В., Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М.: Академический проект, 2011.
 12. Мединский Е.В. Психосексуальный дизонтогенез у женщин, больных шизофренией.: автореф. дис. ...канд. мед. наук. М., 2007.
 13. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы телесности.// Психол. журнал. Т.24.№1. 2003.
 14. Никольская И.М. Клиническая психология семьи//Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2005 (5), № 2.
 15. Никольская О. С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.. Аутичный ребенок. Пути помощи. - М.: Теревинф, 1997
 16. Психосоматика: телесность и культура. Под ред. В.В.Николаева. Москва, Академический Проект, 2009.
 17. Рощина И.Ф., С.И.Гаврилова, Я.Б.Федорова. Нейропсихологический подход в изучении структуры и динамики синдрома мягкого когнитивного снижения в позднем возрасте. //Журнал «Нейро News» – 2007 - №2.

Пространственные представления, связанные с телом, у детей с расстройствами шизофренического спектра

Иванов М.В.

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия

Проблема пространственных представлений находит свое отражение уже в трудах античных философов. Еще Аристотелем пространство* рассматривалось как категория бытия, характеризующая специфику мышления, функционирующего по законам диалектики [2]. Позднее И. Кант пространству придавал характеристику способа познания человеком объективной реальности: «первоначальное представление о пространстве есть априорное созерцание» [5, с. 131]. Согласно Г.В.Ф. Гегелю, пространство является одной из предпосылок мысли [4, с. 744].

Исследуя пространственные представления, связанные с телом, следует

* Аристотель не пользовался категорией пространства, вводя вместо нее категорию «месте»: место – внешняя граница тела, определяемая соседствующими телами.