

УДК 159.9.072

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

Дем'яненко Б.Т.

кандидат медичних наук, доцент
Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П. Драгоманова

В статті висвітлюються питання зв'язку між функціональною діагностикою психічних порушень і комплексною медико-психолого-педагогічною корекцією. Виділяються основні параметри реабілітаційного потенціалу як складові функціонального діагнозу. Комплексна медико-психолого-педагогічна корекція передбачає припущення, що ці заходи мають спільний механізм впливу.

В статье поднимаются вопросы взаимосвязи между функциональной диагностикой психических нарушений и комплексной медико-психолого-педагогической коррекцией. Выделяются основные параметры реабилитационного потенциала как составляющие функционального диагноза. Комплексная медико-психолого-педагогическая коррекция предусматривает допущение, что эти мероприятия имеют общий механизм воздействия.

The article highlights the issues of relationship between functional diagnostics of mental disorders and complex medical-psychological-pedagogical intervention. The author marks out rehabilitation potential basic characteristic as fundamental components of functional diagnosis. Complex medical-psychological-pedagogical intervention assumes that these actions have common influence mechanism.

Ключові слова: функціональна діагностика, медико-психолого-педагогічна корекція, психотерапія, психологічні механізми захисту, копінг-стратегії, реабілітаційний потенціал, психічні порушення у дітей та підлітків, дизонтогенез.

Ключевые слова: функциональная диагностика, медико-психолого-педагогическая коррекция, психотерапия, психологические механизмы защиты, копинг-стратегии, реабилитационный потенциал, психические нарушения у детей и подростков, дизонтогенез.

Key words: functional diagnostics, medical-psychological-pedagogical intervention, psychotherapy, psychological defense mechanisms, coping-strategies, rehabilitation potential, mental disorders in children and adolescents, disontogenesis.

Корекційна (спеціальна) педагогіка і корекційна (спеціальна) психологія як самостійні галузі педагогіки та психології виникли в 60-х роках ХХ століття. Але до цього часу ці дві дисципліни були невід'ємною частиною дефектології — науки, яка вивчала причини та механізми відхиляючогося розвитку і комплексної медико-психолого-педагогічної корекції патологічних порушень у осіб з різноманітними варіантами дизонтогенез. Впродовж років свого розвитку спеціальна педагогіка і спеціальна психологія накопичили великий практичний та теоретичний багаж. Однак основні методологічні і методичні проблеми цих дисциплін залишаються такими ж гострими, як і в роки становлення дефектологічної науки. Сьогодні актуально звучать наступні слова Л.С.Виготського: «Пошуки філософської основи — надзвичайно характерна риса сучасної дефектології та показник її наукової зрілості. Дефектологія має свій особливий об'єкт вивчення; вона повинна оволодіти ним. Процеси дитячого розвитку, які вона вивчає, представляють величезне розмаїття форм, майже безмежну кількість різноманітних типів. Наука повинна оволодіти цією своєрідністю та пояснити її, встановити цикли та метаморфози розвитку, її диспропорції та динамічні центри, відкрити закони різноманітності. У подальшому виникають практичні проблеми: як оволодіти законами цього розвитку» [2, с. 9].

Об'єктом уваги спеціальної педагогіки і спеціальної психології є діти та підлітки з різними відхиленнями психічного, соматичного, інтелектуального, особистісного та сенсорного розвитку, а також особи старшого віку, які мають особливі потреби у освіті, зумовлені порушенням здоров'я.

Консультавання та проведення корекційних заходів у таких осіб мають свою специфіку, оскільки необхідно враховувати комплексність цих порушень. Звідси виникає необхідність інтегрального підходу в діагностичному процесі та проведенні комплексної медико-психолого-педагогічної корекції.

Різні фахівці (лікарі, педагоги, психологи, соціальні працівники) використовують різні критерії для оцінки психічного стану та рівня розвитку дітей та підлітків з вадами психофізичного розвитку. Така різноманітність поглядів на дані проблеми ускладнює цілісність оцінки стану дитини та комплексний підхід корекції патологічних

станів. В клінічній практиці розробляється концепція функціональної діагностики. Функціональний діагноз – це діагноз індивідуальної пристосованості хворого, його буття в хворобі, та відображення взаємодії хворого з соціальним оточенням та суспільством.

За кордоном крім загальновідомої класифікації психічних і поведінкових розладів МК3-10 існує і багатоосьова схема класифікації психічних захворювань дитячого та підліткового віку (MAS), розроблена спеціально для дитячої та підліткової психіатрії групою дитячих психіатрів в співробітництві з ВОЗ. Вона включає в себе шість шкал або вимірів: клінічний психіатричний синдром (1 шкала); порушення розвитку (2 шкала); рівень інтелекту (3 шкала); фізичні хвороби і порушення (4 шкала); аномальні психосоціальні умови (5 шкала); шкала загальної оцінки важкості стану у дітей та підлітків (6 шкала). Дана діагностична система практично не використовується в Україні. Використання MAS в практиці медико-психолого-педагогічній та медико-соціальної експертизи дозволило б покращити якість діагностичного процесу [5, с. 164-175]. Функціональна діагностика медико-соціальної експертизи орієнтується на медичні показники, тобто базується на розпізнанні патодинамічного процесу. Залишаються не розробленими психологічні параметри (саногенні механізми) функціонального діагнозу. Це спричиняє труднощі процесу реабілітації інвалідів і призначення їм лікувально-реабілітаційних заходів. З огляду на це актуальним виявляється необхідність адекватної оцінки психічних станів у осіб з психофізичними порушеннями, про що говорив ще в 30-ті роки ХХ століття Л.С. Виготський: «Ніяка теорія неможлива, якщо виходить тільки з негативних посилань, як неможлива ніяка виховна практика, створена тільки на негативних основах. У цій ідеї – методологічний центр сучасної дефектології. З цієї ідеї перед дефектологією відкривається система теоретичних і практичних задач» [2, с. 9]. Відсутність адекватно розробленої функціональної діагностики, яка врахувала б саногенні механізми та реабілітаційний потенціал для цілей медико-соціальної експертизи та реабілітації є одним із факторів, який призводить до росту інвалідності, в тому числі у дітей та підлітків.

В процесі наших досліджень і в проведенні психокорекційної та психотерапевтичної роботи виникла концепція, яка дозволяє інтегрувати функціональну діагностику психічних порушень у дітей та підлітків та розробити комплексний підхід до медико-психолого-педагогічної корекції. Це стало можливим тоді, коли ми використали для цих цілей багатоосьову діагностику психічних захворювань у дітей та підлітків (MAS), а також розробили шкалу психодіагностичних і корекційних заходів. Ця модель стала інтеграційною, що дозволило підібрати адекватні корекційні та психотерапевтичні заходи. За нашою версією ця (сьома) шкала повинна включати такі параметри: психодинамічний, соціодинамічний та екзистенційно-інтеграційний. Психодинамічний параметр включає в себе вивчення захисних механізмів, особистісні особливості та акцентуації, аналіз его-станів за Е. Берном, аналіз об'єктних відносин. При домінуванні психодинамічних порушень можуть бути застосовані такі варіанти психокорекційної та психотерапевтичної роботи: тілесно-орієнтована терапія, психоаналіз, ігрова терапія, арт-терапія, аналітична психодрама, символ-драма, гештальт-терапія. Соціодинамічний параметр вивчає особливості взаємовідношення, а також адекватність копінг-стратегій, особистісні переконання за А.Елісом. В рамках цього параметру можлива постановка діагнозу – сімейного і педагогічного. При необхідності компенсації емоційних і когнітивних проблем, а також при неадекватних відношеннях в сім'ї, навчальному закладі, з друзями рекомендуються такі корекційні заходи: терапія реальності У. Гласера, раціонально-емотивна терапія А. Еліса, сімейна психотерапія. Екзистенційно-інтеграційний параметр вивчає життєві цілі, ціннісні орієнтації, проблеми відповідальності, моралі, креативність, формування цілісної особистості, аналіз Я-концепції та самооцінки, локус контролю [3, с. 128-129]. Цей параметр стикається з духовністю та релігійністю. Г. Олпорт розрізняв дві форми релігійної орієнтації: зовнішню та внутрішню. Зовнішня релігійна орієнтація передбачає бажання зовнішньої підтримки з боку церкви, релігійної громади так інших людей. Такий тип релігійності корелює з наявністю у людини великої кількості забобонів. Внутрішня релігійна орієнтація передбачає глибокі інтимні особистісні стосунки з Богом. Олпорт був впевнений, що збереженню психічного здоров'я людини сприяє не зовнішня, а саме внутрішня релігійна орієнтація. Він звертав увагу на те, що «у зв'язку з цією гіпотезою внутрішня релігійна орієнтація не може існувати для того, щоб виконувати терапевтичну або профілактичну роль. Вона не призначається до застосування. Страждальник може прагнути лише до релігії, але не до лікування як такого. Якщо його релігійна орієнтація глибоко інтеріорізована, її будуть супроводжувати і нормальна психіка, і спокій у відносинах з оточуючими» [7, с. 109]. Зовнішня або внутрішня релігійна орієнтація зумовлюється локусом контролю особистості, який досліджується за допомогою методики діагностики рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера та методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда. Рекомендується така психологічна допомога: особистісно-центроване консультування за К. Роджерсом, психосинтез за Р.Асаджолі, організмичний підхід А. Маслоу та християнське консультування.

Проблема реабілітаційного потенціалу активно розробляється в медико-соціальної експертизі. Згідно з основними принципами медико-соціальної експертизи, «реабілітаційний потенціал інвалідів визначається шляхом реабілітаційно-експертної діагностики, яка включає у себе: клініко-експертну діагностику; професійну,

психофізіологічну діагностику (оцінка розвитку і прогнозу розвитку професійно важливих знань, навичок, уміння); соціально-середовищну діагностику (визначення соціально-психологічної реактивності, спрямованість соціальної діяльності, сімейно-побутових взаємовідносин, соціально-економічного статусу, рівня і структури кругозору)» [6, с. 122].

Однак слід зауважити, що основні теоретичні та практичні аспекти проблеми реабілітаційного потенціалу вимагають подальшої розробки. Функціональний діагноз в медико-соціальній експертизі залишається нозологічно орієнтованим та являє собою розширений клінічний діагноз. В теорії та практиці реабілітології перспективними є наукові дослідження В.М. Синьова. У його дисертації «Коррекция интеллектуальных нарушений у учащихся вспомогательной школы» (1988) були зроблені теоретичні узагальнення педагогічних закономірностей і виділені принципи корекції інтелектуальних порушень у дітей. Слід відмітити, що ця праця є помітним внеском не тільки в спеціальну педагогіку, а й в спеціальну психологію. Так Віктор Миколайович диференціює поняття «розум» та «інтелект», що є важливими для створення корекційних педагогічних та психологічних заходів. Так, вживаючи поняття «розум», психологія і педагогіка мають на увазі сукупність пізнавальних процесів людини (сприймання, мислення, уяви), які забезпечують розуміння нею того, що пізнається. А у поняття «інтелект» включають сукупність пізнавальних здібностей особистості, які об'єднують не лише зазначені вище пізнавальні, а й інші психічні процеси (емоції, волю), а також ті властивості особистості, які пов'язані з її спрямованістю (потяги, бажання, інтереси), досвідом, характерологічними рисами (самостійність, критичність) тощо. Саме такий підхід до розуміння особливостей розвитку розумово відсталих осіб, коли вивчалися питання корекції не лише пізнавальних процесів, але й розумової діяльності цілісної особистості (як носія ушкодженого інтелекту), допоміг знайти не використані раніше резерви розвивального впливу на розумовий розвиток дітей.

Адекватна реабілітація психічних хворих передбачає використання багатомірних діагностичних систем (DSM-IV і MAS), які враховують особистісні особливості, розвиток інтелекту, психосоціальні стресові фактори, особливості сімейного та соціального функціонування; а також клінічний діагноз.

Розроблена нами шкала психодіагностичних та корекційних заходів дозволяє оцінювати адаптаційні механізми особистості та особливості саногенних процесів у конкретного пацієнта. Психодинамічний параметр функціонального діагнозу дозволяє оцінювати психологічно-захисні механізми. Якщо у пацієнта домінують примітивні захисні механізми (проекція, заперечення, проєктивна ідентифікація, ідеалізація та знецінення), які одночасно поєднуються з м'язовим панциром (за В. Райхом), то ефективність корекційних та психотерапевтичних заходів виявляється проблематичною. У разі, коли нам вдається зняти м'язовий захист — зокрема за допомогою тілесно-орієнтованої терапії — а також зробити домінуючими вторинні захисні механізми, тоді прогноз патологічного стану стає більш оптимістичним.

Соціодинамічний параметр функціонального діагнозу дозволяє оцінювати психологічні копінг-стратегії. Ці стратегії поділяються на три складові: 1) когнітивна оцінка актуальних ситуацій та особистісних ресурсів; 2) особливості Я-концепції та самооцінки; та 3) фрустраційна толерантність. Адекватно підібрана когнітивно-поведінкова терапія у поєднанні з педагогічною корекцією дозволяє покращити функціонування цих стратегій: тобто пацієнт стає здатним об'єктивно оцінювати ситуацію та знаходити правильне рішення; починає оволодівати безумовним прийняттям себе та оточуючих; у нього починає підвищуватися фрустраційна толерантність.

Екзистенціально-інтегрований параметр дозволяє говорити про духовні копінг-стратегії. Раніше нами вже було висловлене припущення, що християнські чесноти віра, надія та любов являють собою духовні копінг-стратегії [4, с. 250]. Віра дозволяє людині знайти сенс життя, надія надає внутрішню свободу, любов дає змогу мати глибокі взаємовідносини з Богом, с самим собою та з людьми. Задача психолога, педагога, психотерапевта полягає у тому, щоб допомогти людині задовольнити ці духовні потреби.

Реабілітаційний потенціал являє собою співвідношення між параметрами функціонального діагнозу (клінічний, психодинамічний, соціодинамічний, екзистенціально-інтегрований) та рівнем соціального функціонування. Дослідження вказують на те, що реабілітаційний потенціал великої кількості пацієнтів та інвалідів не відповідає рівню соціального функціонування. Як підкреслює ряд авторів [8, с. 372], в легких та помірних випадках розумової відсталості при наявності сприятливих соціальних умов та доступності медико-реабілітаційного обслуговування 66% пацієнтів у дорослому віці вдається зняти діагноз у зв'язку з загальним підвищенням рівня соціальної компетенції.

Нами теж вивчався феномен цієї невідповідності реабілітаційного потенціалу та рівня соціального функціонування. З 2009 року співробітники кафедри спеціальної психології та медицини Інституту корекційної педагогіки та психології запланували разом зі студентами проведення дослідницької роботи, присвяченої розробці функціональної діагностики і медико-психолого-педагогічної корекції психічних порушень у дітей та підлітків. Було проведено дослідження 92 підлітків віком від 13 до 16 років, із них 62 юнаків і 30 дівчат. 71% (66 осіб) з девіантною поведінкою (агресивні тенденції). Клінічний стан співвідносився з діагнозом: легка розумова відсталість (F-70). Проводилися такі дослідження: методика виявлення акцентуацій характеру К. Леонгарда,

опитувальник Плутчика-Келермана-Конте, методика дослідження «Незакінчені речення» Сакса та Леві, «Шкала маніпулятивного відношення» Банта, методика виявлення індивідуальних копінг-стратегій Е. Хайма. У 40% випадків досліджувалися батьки за опитувальником «Аналіз сімейних взаємовідносин» (АСВ) Ейдемилер Е. Г., Юстицкіс В. В. Протягом шести місяців не менше одного разу на тиждень проводилися індивідуальні та групові заняття когнітивно-поведінкової терапії в інтерпретації У. Гласера та Д. Мейхенбаума, а також тілесно-орієнтована терапія за Розен-методом. При необхідності проводилася символ-драма за Х. Лейнером та різноманітні педагогічні корекційні заходи. Клінічний стан і соціально-психологічне функціонування оцінювались за багатоосовою діагностикою психічних захворювань у дітей та підлітків (MAS). У 62% випадків вдалося досягти хороших результатів і позитивної динаміки, що також співвідносилось з показниками шкали загальної оцінки важкості стану. Вдалося встановити, що позитивна динаміка надходила в тому випадку, коли змогли скорегувати дезадаптивний психологічний захист, який обумовлював беззахисність та низьку самооцінку, та подолати м'язовий захист за допомогою тілесно-орієнтованої терапії. В процесі дослідження було виявлено патологічний вплив негативного сімейного виховання – домінуюча гіперпротекція і гіпопротекція, які були провідними типами виховання. Когнітивна терапія У. Гласера у поєднанні з тілесно-орієнтованою терапією за Розен-методом виявилась найбільш ефективною методикою психокорекційних процедур у осіб з розумовою відсталістю (особливо з девіантною поведінкою). Такі методи дозволяють подолати дезадаптивні психологічні механізми захисту та зробити копінг-стратегії більш конструктивними.

Раніше нами було зроблене припущення [3, с. 128], що психологічна та педагогічна корекція та психотерапія психічних порушень у дітей та підлітків з вадами психофізичного розвитку має спільний механізм впливу. Якщо процес корекції набуває ефективності, це, згідно концепції Л. С. Виготського, пов'язано з позитивними компенсаторними механізмами; згідно теорії А. Анг'яла – з домінуванням здорового патерна; а згідно теорії розвитку Ж. Піаже – з формуванням процесу акомодатії (пластична зміна індивіда, в процесі якої він модифікує старі когнітивні схеми та виробляє нові).

Задача психолога, педагога, психотерапевта полягає у створенні такого середовища, яке б відшкодувало незадоволені потреби та дозволило Я пацієнта зростати та розвиватися. Але з іншого боку сам психотерапевт, психолог, педагог має збагатитися в результаті цих відносин. Ці тези підтверджуються видатним американським психотерапевтом Джеймсом Бюдженталем: «Те, що ми називаємо інтенсивною психотерапією, насправді є прискореним освітнім процесом, спрямованим на те, щоб досягти зрілості, яка затрималася на двадцять, тридцять або більше років в результаті спроб жити з дитячим відношенням до життя» [1, с. 312]. «Коли я розмірковую про той вид психотерапії, який більш за усе поглинає та приваблює мене останнім часом, я виявляю, що користуюся словами, які звучать дуже незвично у такому контексті: я в основному зайнятий роботою з тими пацієнтами, які дозволяють мені розділити з ними пошуки бога в самих собі» [1, с. 321].

Така інтегративна модель функціонального діагнозу дозволяє адекватно оцінити клінічні, психологічні та соматичні стани хворих, а також особливості реабілітаційного потенціалу, що дозволяє підібрати адекватні комплексні медико-психолого-педагогічні корекційні заходи. Це дозволить різним спеціалістам (лікарям, педагогам, психологам) об'єднати зусилля у діагностичному та корекційному психотерапевтичному процесах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Бюдженталь, Джеймс. Наука быть живым: диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии. – М.: «Класс», 2009.
2. Выготский, Л. С. Основные проблемы дефектологии // Собрание сочинений в 6-ти тт. – М., 1982-1985, т. 5.
3. Дем'яненко Б.Т. Комплексна медико-психолого-педагогічна корекція психічних порушень у дітей та підлітків. // Актуальні питання корекційної освіти. (Педагогічні науки). - Збірник наукових праць за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Випуск 1. - Кам'янець-Подільський, ПП «Медобори» - 2006, 2010. - 308 с.
4. Дем'яненко Б.Т. Теорії розвитку особистості та практика корекційної і психотерапевтичної допомоги. // Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка на спеціальна психологія. 36. наукових праць. - К.: НТУ імені М.П. Драгоманова, 2011. - №19.
5. Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. - СПб: «Питер», 2005. - 1120 с.
6. Ипатов А.В., Ферфильфайн И.Л., Рыков С.А. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья и проблемы инвалидности. Д.: «Гамалия», 2004.
7. Оллпорт, Г. Личность в психологии. - М.; С-Пб., 1998.
8. Психиатрия / под ред. Н.Г. Незнанова и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 517 с. – (Серия «Клинические рекомендации»).