

УДК 159.97

Говердовская И.А.,

медицинский психолог

Саратовская областная клиническая больница

Россия, г. Саратов

Покровская С.В., кандидат психологических наук,

доцент факультета клинической и специальной психологии

Московский государственный психолого-педагогический университет

Россия, г. Москва

Цветков А.В., доктор психологических наук, профессор

директор по науке

центр нейропсихологии «Изюминка»

Россия, г. Москва

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ: ОБЩЕЕ И РАЗЛИЧНОЕ

Аннотация. В статье рассматриваются отличия в процедуре нейрореабилитации взрослых и детей. Вкратце, помимо понятных и привычных для специалистов произвольности поведения, широты знаний и уровня развития мышления, играет роль несколько факторов. Это более сильная тенденция к инфантилизации больного ребенка, нежели взрослого. Более сохранная у взрослых коммуникативная интенция. Частое включение движений в работе с речью у детей, тогда как у взрослых чаще включают мышление. Ориентация неврологически больных детей на опосредование

предметом общения со специалистом, и общения с другими больными у взрослых.

Ключевые слова: нейропсихологическая реабилитация, процедура, возрастные особенности.

The differences in neurorehabilitation of adults and children procedure are discussed. Shortly, several factors play a role in addition to the executive functions, the breadth of knowledge, and thinking development level, which are clear to specialists. This is a stronger tendency to infantilize a sick child in family than an adult. The communication intent is more preserved in adults. Frequent inclusion of movements in speech working with children, while adults more often include thinking tasks. Orientation of neurologically ill children to mediate the communication with a specialist through object, and communication with other patients as mediator in adults.

Keywords: neuropsychological rehabilitation, procedure, age peculiarities.

В последние годы интерес практикующих специалистов в сфере психологии и коррекционной педагогики к нейропсихологическим методам коррекции у детей и реабилитации взрослых существенно вырос. Это связано с ростом числа комплексных случаев нервно-психической патологии, при которых вовлечены как личностные образования, так и высшие психические функции.

Несмотря на огромный выбор пособий и методических руководств, немалое внимание приковано к классическим работам (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, Э.С. Бейн). Объяснение простое: существенная доля современных методик является простым переложением работ основателей, нередко с ненужными «модернизациями».

В итоге перед практиком встает вопрос, какие параметры стимульного материала и процедуры и как стоит менять при работе с детьми. В чем различия детской и взрослой нейропсихологической реабилитации.

Анализ, кажется, следует начать со структуры заболеваемости, с тех патологий, которые требуют реабилитации у разновозрастных больных.

Так, в больницах восстановительного лечения, ориентированных на взрослых, наибольший процент патологий связан с заболеваниями системы сердца и кровообращения, а также позвоночника (в частности, вертеброгенная патология периферических нервов) [4].

При этом, по мнению сотрудников якутского бюро медико-социальной экспертизы, «основными нозологическими причинами первичной инвалидности [у детей] являются болезни нервной системы, врожденные аномалии и пороки развития, психические расстройства и расстройства поведения» [1].

С учетом того, что для взрослых авторы указывают такое же распределение причин инвалидности, что и в большинстве регионов (сердечно-сосудистые заболевания, новообразования, травмы и отравления), можно полагать – структура детской заболеваемости по Республике Саха в целом соответствует среднероссийской ситуации.

Иными словами, если у взрослых мы говорим, скорее, о вторично-соматических по происхождению психических проблемах, либо же о прямых последствиях цереброваскулярных патологий, то у детей нарушения в психике нередко являются первопричиной проблем.

Вряд ли требуется доказывать положение о роли ЦНС как органа адаптации, а следовательно, социальная дезадаптация, начиная с дошкольного возраста, выходит у детей на первый план среди компонентов нервно-психического нездоровья.

Взрослый, даже при объективно более тяжелом состоянии и более низком реабилитационном потенциале, способен мобилизоваться за счет сложившихся сетей социальных связей и поддержки, жизненного опыта преодоления тяжелых ситуаций и т.д. Так, Л.С. Цветковой [6] описан

пациент Б., внезапно после мозговой катастрофы оказавшийся с гемипарезом и практически тотальной формой смешанной моторной афазии. Однако как кормилец семьи и волевой человек уже менее чем через 5 лет больной освоил новую профессию, сообразующуюся с его возможностями и позволившую получать стабильный доход.

Своеобразным субъектом получения реабилитационной помощи являются повзрослевшие лица с нарушениями в развитии интеллекта. Их можно рассматривать как «мостик» между детской и взрослой реабилитационными практиками.

С одной стороны, они уже перестают попадать в фокус «заточенных» под изначальные или рано дебютировавшие нарушения наук, специальной психологии и олигофренопедагогики. С другой, работа со взрослыми, имеющими сниженный интеллект, сравнительно разработана только по отношению к деменциям. То есть заболеваниям, начавшимся после периода нормального не только развития, но и социального функционирования. Что подразумевает, в частности, наибольшую сохранность социально-бытовых навыков в сравнении с общеинтеллектуальными умениями.

У «бывших детей» с нарушениями интеллекта периода нормального развития либо не было, либо он закончился в раннем детстве. И далее была той или иной степени закрытости охранительная среда. В которой навыки формировались искусственно, исходя из представлений педагогов и родителей о необходимом, а не из задач адаптации.

По завершении обучения родители нередко продолжают гиперопекать выросшего ребенка с умственной отсталостью, полагая его излишне ранимым, неспособным к самостоятельному труду и т.д.

Поэтому ряд специалистов [3] прямо ставит успех реабилитации в зависимость от преодоления тенденции «инфантилизировать» таких лиц.

Стоит отметить, что в реабилитации постинсультных пациентов тоже не редок феномен семейной инфантилизации больного и гиперопеки. Известно, что одним из типичных вариантов реакции на стресс является черно-белое восприятие. Поэтому супруги и дети взрослых пациентов ждут либо полного восстановления к моменту выписки из больницы, либо (с разной степенью осознанности) считают больного «глупым и ничего не понимающим».

Кардинальное различие лежит в сфере отношения пациента к такому поведению родных. Чем дольше был период социальной самостоятельности и выше социальный успех больного, тем более ожесточенное сопротивление вторичной инвалидизации со стороны семьи.

И если в приведенном выше случае больного Б. наличие зависимых от пациента родственников оказывало мотивирующую роль в процессе реабилитации, то у детей (по мнению саратовских исследователей [5]) имеет место обратный характер связи – поддержка со стороны родителей и их адекватная реакция на ситуацию являются условием включения ребенка в восстановительные мероприятия.

Поэтому начинать помощь ребенку с неврологической патологией предлагается [2] с игр, направленных на восстановления навыков взаимодействия с взрослым.

Итак, первое пересечение детей и взрослых: роль семьи в нейрореабилитации. Ребенок является полностью зависимым, взрослый же способен к гибкому взаимодействию.

Второе пересечение вытекает из описанных [7] общих принципов реабилитации: чем богаче сеть предметных образов-представлений (зависит от образования, жизненного опыта, познавательной активности), тем эффективнее нейропсихологические методы восстановления ВПФ. При этом, каким бы низким не был уровень образования и познавательной

потребности у взрослого, перенесшего мозговую катастрофу, длительный период условно-нормативного развития дает ему однозначное преимущество по запасу предметных образов.

Из п.2 следует, что чем уже сфера известного и младше пациент, тем более жесткой будет структура занятия, больше опора на произвольные формы деятельности, меньше вариативность поведения специалиста. Также у взрослых при большинстве неврологических заболеваний сохраняется коммуникативная интенция, они широко пользуются паравербальными способами коммуникации. У детей одним из мало специфичных по диагнозу симптомов является гипомимия, сопровождающая той или иной степени «аутизацию», уклонение от общения. *Это третье пересечение в реабилитации.*

Поэтому, *четвертое*, у детей растормаживание общения и речи начинают часто с чистоговорок, фоно- и логоритмики, т.е. проговаривания и пропевания слогов и слов в сопровождение мелодии и крупных движений. У взрослых, напротив, в ритмико-мелодическом методе идут от упроченных, хорошо знакомых и эмоционально заряженных песен (как правило, времен молодости больного). У взрослых в качестве контекста выступает сюжет сказки или стихотворения (...и снесла им – кто? – яичко, правильно курочка). У ребенка контекстом становятся сенсорные ощущения (созвучие, ритм, движение).

В связи с этим, *пятое*, у детей намного активнее в работу с речью включены как мелкие, так и крупные движения, в противовес чему у взрослых гораздо выше роль мышления.

Понятно, *шестое*, что «игровая форма» заданий у детей и взрослых строится по разным принципам. Большинство неврологически больных детей только через предмет могут взаимодействовать со специалистом (см. пункт 3), так что работа идет «взрослый-предмет-ребенок». Включить

второго ребенка чаще всего получается или из числа близких родственников (нормотипичный брат или сестра), или на не самых ранних этапах. Взрослым же пациентам, напротив, нередко здоровый специалист «мешает», они охотнее взаимодействуют друг с другом по схеме «специалист – задание – пациент 1 – пациент 2». Фактически, роль специалиста в фасилитации совместной деятельности пациентов, тогда как у детей – в пооперациональном контроле.

Седьмое связано с уже упоминавшимися социально-бытовыми навыками. У взрослых они идут фоном, распадаются только в случаях тяжелых ослабумливающих заболеваний. Поэтому, например, игра-драматизация «поход в магазин» или «очередь в поликлинике» опираются на упроченный опыт. У детей, наоборот, нередко поначалу родители акцентируются на интеллектуальных умениях. Так, ребенок-аутист, умеющий считать в пределах тысячи, но зовущий маму, простите, вытереть попу после дефекации – отнюдь не редкий клиент. Вот и складывается парадоксальная ситуация: при большем разнообразии и богатстве интересов у взрослых найти общую тему группового занятия для них проще, чем в группе детей. Сравнительно общими темами в детских возрастах является природа (животные, фрукты), автомобили, ряд популярных мультсериалов.

Взрослым, *восьмое*, необходимо периодически создавать ситуацию неуспеха, давать более сложные задания. Успех и неуспех должны сочетаться в определенных пропорциях в зависимости от личностной организации и типа реакции на болезнь. У детей же неуспех впервые вводится в работу на продвинутых стадиях, когда ребенка не надо больше «заставлять», вводить в деятельность особыми методами. На ранних этапах неуспех вызывает у детей аффективную реакцию, и деятельность прерывается.

В работе с детьми, *девятое*, чаще приходится «откатываться» на вокализмы и лепетные псевдо-слова, чаще нарушен не предметный образ-

представление, а его предшественник, перцепторный образ, из-за чего картинка понимается хуже, чем игрушка (взрослым же, наоборот, предмет чаще «мешает», он конкурирует с знаком).

Наконец, *десятое*, для взрослых пациентов гораздо менее характерны флуктуации уровня сознания (только при грубых поражениях ствола мозга), в то время как у детей это почти что обязательный симптом. Поэтому чем младше пациент, тем выше требования к смысловой, тематической цельности занятия в общем, в то время как взрослые больше внимания обращают на логическую связность материала внутри одного задания. Например, если в работе с ребенком тема «зоопарк», то все задания должны к ней относиться, хотя бы косвенно и по ассоциации. Скажем, где живет жираф и какой там климат. И чем кормить волка в следующем задании. Яркие ассоциации выступают при этом «маяками», позволяющими вернуться в деятельность после кратковременного снижения уровня сознания. Взрослый же, обнаружив в одном задании травоядных и хищников, или северных и тропических животных обратится к категориальной связи, не приветствующей такое соседство.

Таким образом, помимо произвольности поведения, широты знаний и уровня развития мышления нейропсихологическая реабилитация взрослых и детей должна учитывать ряд более частных признаков.

Использованные источники:

1. Гоголева А.И., Тимофеев Л.Ф., Саввина Н.В. Инвалидность населения в Верхневилуйском, Верхоянском, Таттинском и Эвено-Бытантайском районах (2006-2016 гг.)// Вестник Северо-Восточного

федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия Медицинские науки. – 2018. - №1. – сс. 9-14.

2. Камелькова А.И., Колдышева П.П., Мартышевская Д.М., Тарновская П.А. Педагогическая помощь ребёнку раннего возраста с нейротравмой: серия игр, направленных на восстановление продуктивного взаимодействия со взрослым// Педагогический имидж. – 2019. - № 4. – сс. 597-614.
3. Микляева А.В., Яцышин С. М. Семейная ситуация как фактор результативности социальной реабилитации взрослых с интеллектуальными нарушениями, проживающих родительских семьях// Гуманитарные науки. – 2019. - №1. – сс. 110 – 117.
4. Потапов А.И., Бронфин Б.Г. Опыт организации больницы восстановительного лечения на Восточно-Сибирской железной дороге// Сибирский медицинский журнал. – 2006. - № 3. – сс. 72-75.
5. Сидельников С.А., Дышекова М.Р., Часыгова М.Ю. Особенности посттравматического стрессового синдрома у детей// Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3 - № 2. – с.236.
6. Цветкова Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. – М.: МПСУ, 2011.
7. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. – М.: МПСИ, 2004.