

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра пропедевтики детских болезней

Иванько О.Г.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И
ЭЛЕМЕНТАРНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
ЭКСПЕРТИЗА ДЕТЕЙ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

для студентов – иностранных граждан III курса медицинских факультетов

Запорожье

2016

УДК 612.821 – 053.2(075.8)

ББК 57.3 я 73

И – 23

Утверждено на заседании Центральной методической комиссии

Протокол №2 от 24.11.2016 г.

Автор:

Иванько О.Г.

д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней,
ЗГМУ

Рецензенты:

Дмитриева С.Н., проректор по научно-педагогической, методической и воспитательной работе, профессор кафедры общей практики семейной медицины с курсами дермато-венерологии и психиатрии ГУ ЗМАПО, д.мед. н.

Козелкин А.А., заведующий кафедрой нервных болезней ЗГМУ, д. мед. н., профессор

Иванько О.Г.

Нервно-психическое развитие и элементарная психологическая экспертиза детей : учеб. пособие для студентов – иностранных граждан III 3-го курса медицинских факультетов/ О.Г.Иванько. – Запорожье, 2016. – 69 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	3
1.Общие практические советы при проведении психологического обследования развития ребенка.....	4
2. Способы оценки психо-моторного развития у детей первых месяцев и лет жизни (до 6 лет включительно).....	5
4.Развитие психики.....	10
5. Оценка поведения детей с позиций теории обучения.....	19
6. Дополнения.....	28
7. Контрольные тесты.....	66

Методика оценки психического развития ребенка состоит из оценки признаков психо-моторного, психо-социального, психо-сексуального становление ребенка как личности, становления его когнитивной (познавательной) функции, особенностей поведения и темперамента. В то же время психология развития предусматривает существование типичных проблем, которые возникают у ребенка в процессе его становления как личности и взаимоотношений с окружающими людьми, как взрослыми, так и детьми. Игнорирование взрослыми проблем, которые могут тревожить ребенка, виденье его как “природно-счастливого существа”, может привести к формированию деформаций личности, развитию психических и даже

соматических нарушений. В практике детского врача, особенно семейного, достаточно часто возникают проблемы проведения элементарной психологической экспертизы, по результатам которой должны быть даны советы воспитателям. Не нужно настаивать на том, чтобы каждая история болезни обязательно содержала документальные результаты психологической экспертизы. Но врач общей практики, общаясь с детьми, должен быть вооружен минимальными знаниями фундаментальных теорий физиологии психического развития и, по мере своих возможностей, применять некоторые технологии диагностики нарушений развития на этапе, когда нужно решать важный вопрос - “нужна ли данному маленькому пациенту помощь профессионального психолога или социального работника”.

1. ОБЩИЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

В условиях созревания коры головного мозга в течение периода раннего детства и дошкольного периода (до 6 лет), психическое развитие ребенка достаточно тесно связано с моторным (двигательным) развитием, потому педиатры в течение этого возрастного периода часто применяют термин “психо-моторное развитие” ребенка.

1.1 Под нормальным (то есть соответствующим 95 – 99% представителей данной популяции) психо-моторным развитием нужно понимать последовательность возникновения у ребенка после рождения комплекса двигательных, поведенческих, эмоциональных и языковых навыков при участии нервной системы, которая интенсивно развивается и, особенно, коры головного мозга.

Нормальность психо-моторного развития определяется обязательным наличием следующих необходимых условий, которые должны быть оценены при сборе анамнеза жизни и объективного исследования ребенка и необходимых при проведении экспертизы:

- наличием родителей или лиц, способных проявлять к ребенку искренние чувства любви и привязанности;
- обеспечением ребенка необходимым уходом, питанием и воспитанием;
- состоянием физического здоровья ребенка
- нормальным состоянием функций важнейших органов чувств - зрения и слуха.

1.2 После 6 лет нервно-психическое развитие ребенка оценивается по его способности справляться со школьной учебной работой, в этот период контроль в большей мере ложится на плечи педагогов и психологов.

2. СПОСОБЫ ОЦЕНКИ ПСИХО-МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ И ЛЕТ ЖИЗНИ (ДО 6 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО)

Оценка психо-моторного развития выполняется с помощью профилактических осмотров и опросов родителей в декретированные (эпикризные) даты - число, когда ребенок родился. На первом году жизнь осматривается ежемесячно, на 2-3-ом годах - ежеквартально, в дальнейшем - 1 раз в году.

Оценивается появление и закрепление навыков у ребенка, которые можно сгруппировать в следующие системы:

- общие моторные, в том числе позатонические (статические) и двигательные навыки приспособления к гравитации;
- тонкие двигательные навыки, позволяющие организовать сознательную целенаправленную деятельность («праксис»);
- индивидуальные социальные, определяющие формирование взаимоотношений в системе «я и общество»;
- формирование языка как средства человеческого общения.

Достаточно полная и удобная система тестов представлена во всемирно известном «DENVER-II» тесте (см. таблицу 1 дополнений). Возраст появления и закрепления навыка приведен для современных детей (средние нормальные значения – 25-75 перцентили). Возраст детей, склонных к

замедлению формирования психомоторного навыка начинается с 90 перцентили и должен привлечь внимание врача.

В «DENVER-II» тесте есть отметки – тест определяется врачом при осмотре и тестировании ребенка непосредственно или основывается на результатах опроса родителей.

2.1 Как пользоваться графиком «DENVER-II» теста и делать выводы?

Определите точный возраст ребенка. Затем на графике выберите те навыки, которые обычные дети (25 — 75%) начинают усваивать, усвоили и закрепили по достижению данного возраста. Если возраст пациента выходит за зону возраста усвоения навыка (90 - 99-й перцентили), это значит, что ребенок, которого тестируют, нуждается в диагностике, потому что формирование данного признака характеризуется явным запаздыванием.

2.2 Украинские педиатры в повседневной амбулаторной и клинической практике применяют упрощенные модели, подобные „Denver-II” тесту.

При анализе времени появления общих двигательных навыков оценивают следующую последовательность:

- возраст, в котором ребенок начинает, лежа на животе, удерживать голову в вертикальном положении. Формирование навыка («держит голову») происходит обычно в возрасте 2 месяцев, что соответствует средним значениям (приблизительно 50 перцентиль)
- сидеть без поддержки начинает в 6 мес.;
- стоять в 10 мес.;
- ходить самостоятельно к 12 месяцам жизни.

Тонкие моторные навыки формируются в следующей прогрессии:

- зрительное сосредоточение (“фиксация взора”) - 1,5 мес.;
- переворачивание в кровати со спины на живот - 4 мес.
- манипулирование предметами - 6 мес.

К тонким моторным действиям относят также различные способы подниматься по лестнице, ездить на велосипеде, стоять на одной ноге и прочие (см. «DENVER-II»).

Развитие языка характеризуют звуки:

-«агуканье» - гласные звуки, напоминающие воркование голубя, появляются в 1 мес.;

- лепет - неосмысленны слоги - к 6 мес.;

- первые осмысленные слоги-слова («Ма», «Ба») к 1 году;

- первые 2-3-х компонентные предложения ребенок произносит в возрасте около 1,5 лет.

Индивидуально социальные психомоторные навыки:

- «социальная» улыбка, ребенок улыбается, если он в добром настроении - в 1 мес.

- узнает мать в 3 мес.

- пугается посторонних с 7 мес.

2.3 В возрасте 6 лет может быть выполнен тест на школьную зрелость, который содержит задания для оценки уровня интеллекта, достигнутых ребенком мануальных способностей и возможности зрительного сосредоточения, необходимые для учебы в общей школе (рисование, копирование, тест с рисунком фигуры человека, который в возрасте школьной зрелости должен схематично содержать все части тела человека, см. приложение 2).

2.4 Отставание по формированию всех 4-компонентов психомоторного развития, а именно общих и рафинированных двигательных навыков, индивидуального социального и языкового прогресса от нормальных темпов развития характеризует синдром общей задержки психомоторного развития, свойственный тяжелым заболеванием ЦНС врожденного, наследственного или приобретенного характера.

Отставание в двигательном (моторном) развитии характерно для синдромов повреждение двигательных нейронов и развития параличей, а также

заболеваний, которые формируют синдром мышечной гипотонии (синдром “вялого ребенка”).

Избирательные нарушения индивидуального социального и языкового развития сопровождаются коммуникативными нарушениями (патологией установления контактов) и характерны для врожденной глухоты и слепоты, аутизма (синдрома, при котором дети избегают межличностных контактов) и врожденного слабоумия.

2.4.1 Существует несколько несложных для выявления признаков, которые позволяют обнаружить нарушения в сфере установления контактов, с помощью которых можно заподозрить врожденную глухоту у маленького ребенка, слепоту, аутизм или слабоумие.

У ребенка в возрасте 1-12 мес. к таким тревожным симптомам относятся:

- если ребенок в возрасте 6 мес. и старше не проявляет испуга, не мигает или не изменяет немедленно своей активности в ответ на внезапный громкий звук;
- если ребенок 6 мес. не интересуется человеческой речью, не успокаивается в ответ на голос матери;
- если ребенок в возрасте 6 мес. не лепечет;
- если ребенок в возрасте 10 мес. не реагирует на свое имя;
- если ребенок до 12 мес. издает звуки, которые ограничиваются только криками, стоном или протяжными гласными звуками («воем»).

У детей 12-24 мес. могут наблюдаться симптомы, которые имеют аналогичное значение:

- если ребенок к 15 мес. не реагирует на слова «нет», «до свидания», «кушать», не имитирует слова взрослые;
- если к 18 мес. (1,5 годам) не употребляет, как минимум, 6 понятных слов;
- если в возрасте 24 мес. ребенок не употребляет фраз, составленных более, чем из 2-3-х примитивных словосочетаний типа: «Что это?» (Что это?), «не нада!» (Не нужно!).

У детей 2-3 лет внимание должны привлечь следующие возможные признаки нарушения развития коммуникации и языковой сферы:

- в возрасте 2-х лет родители понимают только половину с того, что говорит ребенок;
- в возрасте до 2,5 лет ребенок не понимает значения предлогов «под», «над», «в», не начинает задавать вопросы, используя слова «когда», «что», «почему»;
- в возрасте 3 лет язык ребенка не понимают посторонние люди.

В старшем возрасте необычайно, если ребенок в ответ на просьбу взрослого повторить какое-либо слово, сначала выглядит растерянным, а затем замыкается в себе, противодействуя попыткам вынудить его сказать что-либо. Противодействие может сопровождаться гримасами, закрытием глаз, непонятными жестами рук. Так могут вести себя в подобной ситуации и умственно отсталые дети.

Для определения риска аутизма существует тест М-СНАТ (The Modified Checklist for Autism in Toddlers, Robins, Fein, & Barton, 1999)

Ранние признаки аутизма



Рис. 1. Ранние признаки аутизма в соответствии с тестом тест М-СНАТ у детей старше 2 лет. («ИЗ»-Панорама. 5 ноября 2015. с.20).

3.РАЗВИТИЕ ПСИХИКИ

Хотя последовательность формирования приведенных в „Denver-II” специфических поведенческих навыков способна характеризовать психомоторное развитие и становление языка у детей в возрасте до 6 годов, характеристика других областей духовного (психического) развития перечисленными тестами не ограничиваются. Становление духовной сферы у ребенка начинается у младенца с реализации комплекса психических реакций формирования уз привязанности родителей и ребенка.

3.1 Психофизический феномен «Узы привязанности ребенка и родителей».

Формирование нормального психического развития не может быть понятным и оцененным без рассмотрения нормального психофизического феномена, объединенного понятием «Формирования семейных уз (англ, bonding) привязанности (attachment)» Необходимо отметить, что феномен содержит два психологических компонента, векторы которых направлены один навстречу другому (Ред.).

«Узы» возникают обычно сразу же после рождения ребенка и отображают позитивные чувства родителей, в первую очередь матери, к новорожденному.

«Привязанность» включает взаимные, направленные друг навстречу другу чувства потребности общения родителей и ребенка. Эти чувства развиваются постепенно в течение 1-го года жизни. Эффективность формирования уз в постнатальном периоде может ускорить развитие привязанности и наоборот. Привязанность - специфическая и необходимая форма участия родителей в нормальном умственном и психическом развитии детей.

В возрасте 9 - 18 мес. дети в своем большинстве становятся совсем неспособными переносить разобщение с первыми лицами, которые обеспечивают уход (если нет полноценного дублера). Это интересное явление совпадает обычно с ростом познавательных (когнитивных) и двигательных навыков, совершенствованием языка. Ребенок начинает понимать простые причинно-следственные взаимоотношения и потому уже умеет прогнозировать разобщение, протестуя против него громким плачем и пр. Детские психологи называют эту ситуацию: “мама надевает свое пальто”. Положение может осложняться и тем, что вследствие своих психологических особенностей маленькие дети не имеют представления о времени, у них запаздывает формирование чувства терпимости и благодарности (так называемый физиологичный возрастной эгоцентризм). Одновременно

внешний мир предлагает ребенку все больше и больше удовольствий, достижение которых возможно только с помощью взрослых. (прогулки, игры на качелях и т.п.). Для удовлетворения своих растущих потребностей ребенку все больше и больше нужны взрослые. «Привязанность» ребенка на каком-то этапе может стать фактором террора взрослых, потому что ограничивает их свободу. Исследуя возникшую, кстати, физиологичную проблему, нужно помнить, что одновременно в ребенке должно появиться влечение к самостоятельности, как противодействие контролю взрослых в получении новых ощущений. Такая фаза амбивалентности может длиться довольно долго.

Внезапная утеря ребенком комплекса привычных реакций на ситуацию «мама надевает свое пальто» должны привлечь внимание детского врача, как возможный симптом соматического или психического неблагополучия.



• Рене Спитц (1887 – 1974)

Другим примером развития синдрома психологической дизадаптации у маленького ребенка, который может возникнуть в результате нарушений в системе «узы привязанности», может быть госпитализм (синоним «синдрома отрыва от дома»). Синдром детально исследован Рене Спитцем, наблюдавшим маленьких детей-сирот, массово пополнявших детские приюты Лондона в период массированных бомбардировок во время Второй мировой

войны. У детей наблюдали задержку психического развития и формирование опасного состояния «эмоциональной тупости» и безразличия под воздействием длительного пребывания в закрытом лечебном заведении в условиях отрыва от первых лиц, которые ранее осуществляли уход за ними. В настоящее время практика госпитализации маленьких детей без родителей считается неприемлемой.

3.2 Когнитивная теория Жана Пиаже.

Период детства - это непрерывное познание. Познание определяется как процесс приобретения знаний в широком смысле, которое начинается восприятием, продолжается запоминанием, решением и суждением. Согласно когнитивной теории Жана Пиаже, ставшей основой для развития детской психологии, развитие способности к познанию (когнитивная функция ребенка) происходит в строгой фиксированной последовательности стадий. На этих стадиях ум ребенка работает по-разному в разнообразных, подчас, неожиданных направлениях, что можно заметить при длительном наблюдении в обычных, желательно, домашних условиях или обнаружить при опросе родителей.



Выдающийся психолог Ж.Пиаже (1896 – 1980)

1. Сенсомоторная стадия - (возраст от 0 до 2 годов).

Освоение мира осуществляется через двигательную активность, испытание и манипулирование с предметами из внешнего окружения. Двигательные и чувствительные впечатления создают базу для следующих стадий. С

практической точки зрения важно, что на этой стадии дети познают разницу между собственным «я» и внешним миром, что действие рождает результат (например, «встряхивание погремушки порождает звук»), что предметы существуют, даже если они невидимы, а также дети познают простое назначение предметов.

2. Преоперативная стадия (возраст от 2 до 7 годов).

Ребенок способен представлять мир в символическом значении в виде игр, различных имитаций, способных представлять что-то в виде чего-то другого. Начинается интенсивное экспериментирование с языком («Ястребитель» - самолет-ястреб). Дети задают множество подчас необычных вопросов («судьба летчика в мухе, которую убил папа» и т.п., см. приложение 3). Многие из детей отклоняют эгоцентричность, как неконструктивный тип поведения. Язык и рисование становятся средствами выражения личного опыта. Дети обязательно должны играть.

3. Стадия конкретных операций (возраст от 7 до 12 лет).

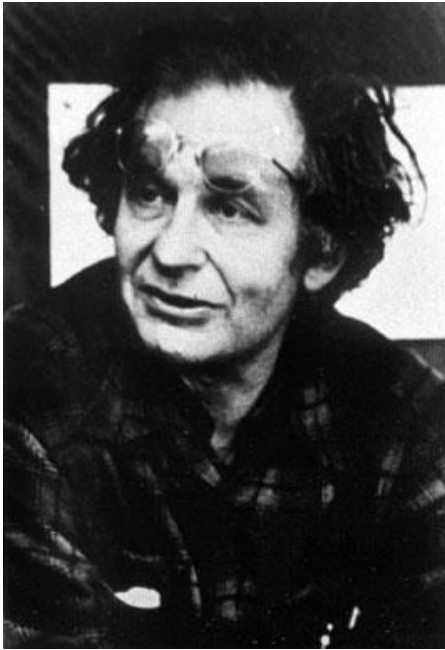
В отрочестве ребенок становится быть способным логично рассматривать процесс с помощью поиска взаимосвязей и классификаций, с помощью манипулирования с объектами, если они оказываются доступными.

4. Стадия формальных операций (с 12 лет и старше, включая взрослых).

Подростки способны мыслить логически и абстрактно, формулировать и проверять гипотезы, манипулировать с вероятностями (шансами), аналогиями, метафорами, рассуждать о собственном умственном процессе.

В дополнении 3 дан литературный пример, характеризующий образный мир ребенка.

3.3 Формирование нравственности и морали согласно конвенционной теории (теории «соглашения») Лоуренса Кольберга.



Лоуренц Кольберг (1927 – 1987)

В своем развитии человек не сразу приходит к пониманию значения добра и зла, должного и неприемлемого в своем поведении и поведении других людей. Такое развитие также проходит фиксированные когнитивные стадии и зависит от возраста ребенка и особенностей воспитания. Но последовательность стадий не зависит от этнических, религиозных и культурных влияний, что свидетельствует об универсальности открытых выдающимся детским психологом Л.Кольбергом закономерностей.

1-я стадия формирования морали соответствует так называемому доконвенционному уровню, когда маленькие дети безоговорочно, не задумываясь, принимают авторитет и моральный кодекс взрослых людей. Если поступок ведет к наказанию, то он плохой. Выбор между «плохим» и «хорошим» часто делается в контексте личной выгоды.

2-я стадия - конвенционный уровень. Дети считают, что общественные правила, разработанные на основе «соглашения» между людьми, правительством, полицией и т.д., определяют приемлемое или неприемлемое поведение. Иногда люди останавливаются в развитии на этой стадии и могут прожить всю жизнь с таким пониманием морали.

3-я стадия - постконвенционный уровень. На этом уровне понятия о «правильном» и «неправильном» основаны на личном понимании

универсальных этических принципов. Они часто бывают абстрактными и неопределенными, но обязательно включают в себя высшие моральные принципы: значения сохранения жизни человека и важность уважения человеческого достоинства.

Дилеммы Кольберга представлены в дополнении 4.

3.4 Психодинамические теории в оценке динамики психо-сексуального и социального развития ребенка.

Инстинкт, который примерно одинаково выражен у человека, существа, которое имеет развитую духовную сферу, и у животного, есть инстинкт продолжения рода. Инстинкт продолжения рода поддерживается мощной системой стимулов получения удовольствия. Но лишь человечество в условиях разных его социальных сообществ выработало строгие правила, которые сдерживают реализацию инстинкта в его биологическом значении, что подсознательно порождает у обычного человека биологические чувства недовольства. Используя методы самонаблюдения, анализа воспоминаний, сновидений, оговорок (так называемый психоанализ) выдающийся психиатр Зигмунд Фрейд построил сложную теорию влияния подсознательного на все сферы жизни человека, впоследствии распространив ее и на общественные связи. Закономерности психо-сексуального развития ребенка, исследованные З.Фрейдом, составляют важную часть его теории бессознательного. Одновременно они интересны с позиций психофизиологии и создают основу для лучшего понимания проблем, с которыми сталкивается ребенок. Значение теорий З.Фрейда в понимании писателя С.Цвейга представлено в дополнении 5.



Зигмунд Фрейд (1856-1939)

В соответствии с теорией З.Фрейда в основе поведения человека с раннего детства лежит стремление к достижению удовольствия и предотвращению недовольства (либидо, «психическая энергия»). Естественным образом, стремление индивида к получению удовольствия, испытывает тормозящее действие общества. При этом в подсознании человека могут возникать причудливые комплексы переживаний, которые могут вторгаться в реальную жизнь, формируя такие синдромы психической дизадаптации как неврозы и психопатии.

Согласно теории психо-сексуального развития ребенка З.Фрейда, которую поддерживают многие современные ученые-педиатры, нормальное психо-сексуальное развитие ребенка проходит следующие возрастные стадии, реализация которых связана с областями человеческого тела, откуда исходят приятные стимулы.

1. 0-18 мес. - оральная стадия. Дети получают удовольствие, стимулируя ротовую полость, поскольку они сосут, кусают, грызут (то есть “все то, чем они так любят заниматься в этом возрасте”);
2. 18 мес. - 3 года - анальная стадия. Удовольствие возникает с помощью упражнений сдерживать дефекацию и делать ее волевым усилием, особенно если удовольствие подкрепляется мотивирующим поведением матери, поощряющей ребенка к чистоплотности;

3. 3-6 лет – фаллическая стадия (или стадия формирования “Эдипового комплекса”). Область интересов перемещается в область гениталий. Мастурбация (генитальное самоудовлетворение) не является патологическим явлением и за нее нельзя наказывать детей. Совсем нормальным у ребенка является развитие сексуальной любознательности (игры во «врачебные осмотры» и др.) Возникают сексуальные фантазии и ревность к родителям противоположного пола с чувством вины за эти фантазии;
4. 6-12 лет - латентная фаза - дети заняты приобретением общепольных знаний и мало интересуются вопросами пола;
5. от 12 годов и старше – генитальная стадия, подростки постепенно формируют влечение к представителям противоположного пола и ищут взаимности.

В своих 8 принципах психо-социального развития выдающийся психолог Эрик Эриксон развил и дополнил теорию развития З.Фрейда, распространив ее на область общественных отношений. Согласно Э.Эриксону в своем психо-социальном развитии человек последовательно преодолевает 8 противоречий. Разрешение противоречия создает условия для формирования личности на определенном возрастном этапе развития ребенка. В противном случае индивидуум может столкнуться с непреодолимым препятствием для перехода к последующим этапам своего развития.



Эрик Эриксон (1902 – 1994)

1. В грудном возрасте младенцу нужно разрешить первое противоречие – научиться доверять, преодолев недоверие. Ребенок учится верить, что он получит все, что желает от окружающих, и в первую очередь от матери.
 2. Раннее детство (18 мес. - 3 года) - самостоятельность против стыда.
 3. Дошкольный возраст (3 - 6 лет) - инициатива против вины. Дети становятся способными учиться, контролировать себя, а став взрослее - радуются своим инициативам. В то же время они видят, что многие вещи им недоступны, что вызывает чувство неуверенности, сконфуженности и стыда.
 4. Школьный возраст – усердие против комплекса неполноценности. Дети развивают в себе чувство трудолюбия и любознательности и желают учиться. В противоположном случае развивается нежелание выполнять уроки вообще.
 5. Подростковый возраст - индивидуальность против заурядности. Подростки рассматривают себя как уникальные индивидуальности, тем не менее объединенные в компании по принципу одинаковых интересов. В противоположном случае отвергнутые дети страдают от неудовлетворенности личных ожиданий «как много они желают получить от жизни».
 6. Молодость - интимные отношения против одиночества.
 7. Зрелый возраст - деятельность против бездеятельности.
 8. Пожилой возраст - целостное восприятие мира против отчаяния.
- Дополнение 6 содержит важную концепцию «моратория» Э.Эриксона.

4.ОЦЕНКА ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОЗИЦИЙ ТЕОРИИ ОБУЧЕНИЯ

Психические процессы, которые происходят во время обучения детей, принципиально отличаются от процессов познания, потому что они направлены на формирование приспособительного поведения. Главный принцип теории обучения свидетельствует: поведение человека - есть результат внешних влияний. Изменения внешних условий и даже искусственные манипуляции с внешним окружением должны вести к

закономерным изменениям поведения, если это поведение плохо приспособлено к этим условиям. Обучение считается завершенным, если возникают устойчивые приспособительные условно-рефлекторные связи.



*Ваше имя связано с именем
Павлова, это слово стало символом поведения
для всех людей, которые были связаны с
нашим именем. И это слово стало символом
нашего времени. Удачи и успехов.
Александр Павлов*

Павлов Иван Петрович (1849-1936)

Классический эксперимент выдающегося физиолога, лауреата (1904) нобелевской премии по медицине академика И. П. Павлова с собакой, пищей, желудочным соком и звонком дал возможность понять формирование условных рефлексов. Многократно повторившийся звонок перед дачей корма начал играть у животного функцию сигнала к обеду. Таким образом, происходило формирование приспособительного поведения животного. В последующем идеи И.П.Павлова привели к разработке теории адаптивного поведения. (На фотографии И.П.Павлова его рукой написано посвящение молодым ученым).

4.1 Фобии. Врачу, который изучает ребенка, нужно помнить, что в течение детства нежелательные условно рефлекторные связи возникают часто и способны создавать определенные проблемы ребенку и его родителям. Достаточно вспомнить о возникновении функциональных форм заикания. Копирование ребенком речи других детей, невнимание взрослых и попытки его привлечь, непреднамеренные, а затем и сознательные ошибки артикуляции способны вызвать паническую реакцию родителей. Таким образом, ребенок получает неосознанную «выгоду» и поведенческий акт

закрепляется. Прервать получение такой «неосознанной выгоды» можно несложным приемом – фиксировать глазами взгляд ребенка, когда он говорит, сохраняя при этом заинтересованное и доброжелательное выражение лица.

Но наибольшую проблему подчас создают детские фобии - тип поведения, основанный на болезненном ожидании неприятного события. Например, случайное падение ребенка в воду может вызвать страх купаний, а затем боязнь воды вообще. Интересно, что фобии могут внезапно исчезать под воздействием своеобразной „десенсибилизации” (снижения порога чувствительности) созданием новых условных рефлексов, которые противодействуют старым. Например, можно сформировать интерес к дельфинам, когда они с удовольствием ныряют в бассейне, и затем распространить его на бытовые водные процедуры.

4.2 Методы обучения для моделирования адаптивного поведения.

Исследуя ребенка и его родителей, можно выделить 4 основных метода обучения, которыми пользуются воспитатели, формируя приспособительное поведение:

- позитивное усиление, когда желаемые поведенческие акты ребенка становятся все более частыми, потому что после них у ребенка возникают приятные ощущения („ребенок ест овощи, потому что потом получит сладкий десерт”);
- негативное усиление, когда поведенческие акты становятся все более частыми, потому что позволяют избежать неприятных ощущений („родительский гнев стихает, если держаться подальше от газовой плиты”);
- затухание, когда поведенческие акты, выработанные методами позитивного или негативного усиления, становятся все более редкими, так как не подкрепляются развитием ожидаемых событий (например, разумный совет игнорировать требования ребенка спать в одной кровати с родителями, как он делал это раньше);

- наказание - форма обучения, которая в обычных условиях направлена на быстрое уменьшение частоты проступков, особенно если они могут повлечь серьезные последствия. Большинство педиатров согласны с применением наказания в исключительных случаях и у детей старших возрастных групп, когда ребенок обладает самосознанием. Предпочтительны формы наказания в виде «отдыха», времени без занятий в одиночестве с требованием осознания проступка. Традиционной формой такого таймаута является «стояние в углу» продолжительностью 1 минута на год жизни.

В дополнении 7 можно прочитать об оригинальных способах формирования адаптивного поведения и наказаниях строптивых детей.

4.3 Синдром грубого (жестокого) обращения с ребенком.

Под синдромом грубого обращения с ребенком в первую очередь подразумевается физическое насилие - преднамеренное нанесение телесных повреждений, которые взрослые расценивают как наказание. Клиническое значение выявления симптомов грубого обращения с ребенком имеет очень большое значение, потому что при отсутствии превентивных мер в отношении действий взрослого человека, осуществляющего насилие, ребенок имеет более чем 50%-й риск испытать насилие вновь и 5%-й риск погибнуть. Потому протоколирование в истории болезни всех вероятных симптомов и признаков грубого обращения с ребенком – гражданский долг врача. Подозрение о насилии над ребенком повышается, когда воспитание осуществляет человек, чаще мужского пола, безработный, злоупотребляющий алкоголем, наркотиками отчим или мачеха. Внимание должны вызывать нетипичные признаки и локализация травм, непонятное объяснение их происхождения. В современной зарубежной практике при ведении истории болезни ребенка рекомендуют пользоваться схематическим изображением травмы: треугольник символизирует ожог утюгом, круг с точкой посередине – ожег от сигареты, параллельные линии – удары ремнем, линия в виде петли – удар электрическим проводом и т.д. В настоящий момент определение синдрома грубого обращения с ребенком расширено

включением в его признаки сексуальных домогательств, физической и эмоциональной запущенности, неоказание помощи со стороны взрослых, а также буллинг (bullying) - форма школьного насилия, обычно со стороны одноклассников или старших подростков.

4.4 Другие теории, объясняющие поведение детей.



Альберт Бандура (род. 1925г.)

Поступки детей можно объяснить следованием моделям поведения взрослых. В известном эксперименте канадский психолог украинского происхождения Альберт Бандура (Albert Bandura) поместил в игровой комнате для 2-х летних детей дисплеи телевизоров, несколько раз демонстрировавших сюжет «физического наказания» взрослым человеком куклы Bobo doll. Через некоторое время дети начинали аналогичным образом «наказывать» куклы, которые были в их распоряжении для игры. Таким образом, эксперимент показал, что дети могут безоговорочно копировать поведение взрослых.



В.А.Сухомлинский (1918-1970)

Всю сознательную жизнь выдающийся украинский, советский педагог Василий Александрович Сухомлинский (1918-1970) посвятил Павлышской средней школе на Полтавщине, наблюдая поколения учащихся, которые сменяли друг друга. В своих трудах он отметил высокую степень преемственности выбора детьми профессии родителей и следование ими принципам трудолюбия и порядочности, если они были характерны их родителям. Таким образом, можно утверждать что поступки и поведение детей основывается на следовании семейным моделям. Вклад В.А.Сухомлинского в теорию педагогики был признан и высоко отмечен мировой научной общественностью.

4.5 Индивидуальные расхождения детей с позиций теории обучения.

Здоровые дети очень сильно различаются в поведении. Нежелание признать этот факт взрослыми, в том числе и врачами, может привести к фактам «приклеивание ярлыков»: «ненормальное, отклоняющееся поведение и др.» и, как следствие, возникновение вторичных медицинских, педагогических и даже правовых проблем. Более того, сами взрослые (родители, врачи и педагоги) в некоторых случаях не имеют конкретных представлений как расценивать тот или иной поведенческий акт. В сложных случаях, определяя факт маргинального (пограничного с нормой) поведения ребенка, достаточно вынести суждение – является ли оно приспособительным (например, бродяжничество, уход из дома при насилии

со стороны членов семьи) или причина непонятна. Это суждение должно учитывать внешние условия, которые привели к поступку в контексте взаимосвязи с физическим и интеллектуальным развитием ребенка. Стоит также учитывать особенности темперамента. С позиций теории обучения темперамент в определенной мере отвечает типичным стилям поведения детей.

4.6 Стиль поведения детей.

По стилю поведения дети делятся на следующие группы.

1. «Легкие» дети (40%) характеризуются регулярностью биологических функций (постоянное, регулярное время еды, стабильный аппетит, легкость засыпания). Для детей этой группы характерны позитивные реакции на новое, позитивное настроение (традиционно, это – холерики и сангвиники по Гиппократу).
2. «Тяжелые» дети (10%) имеют «нерегулярность» физиологических функций, негативные реакции на новое и желание избежать новых стимулов, плохое приспособление, негативный фон настроения (меланхолики)
3. «Медленные» дети (15%) характеризуются низким уровнем активности, желанием избежать новых впечатлений, медленным приспособлением и, в целом, мрачным фоном настроения.
4. Другие дети (35%) относятся к смешанному стилю поведения.

Клиническое значение дифференциации детей по стилям поведения заключается в том, что информированный врач может дать советы об особенностях воспитания ребенка, а также принять участие в экспертизе нарушений поведения, действительных и мнимых (дополнения 8,9).

4.7 Особенности поведенческих реакций в подростковом возрасте.

Мотивы, которые определяют поведение подростков, формируются по-разному в зависимости от периодов:

- ранний подростковый - 10-12 лет;
- средний подростковый -12-14 лет;
- поздний подростковый 14 - 18 лет.

Во время раннего подросткового периода ребенок характеризуется максимальным соматическим ростом и формированием его половых признаков. Мысли подростка сосредоточены на настоящем и на членах своей подростковой группы. Внимание сосредоточено в первую очередь на физических изменениях, происходящих в организме и их нормальности. Моносексуальный интерес к сверстникам постепенно становится гетеросексуальным. Стремление к независимости и необходимость контактов с родителями может быть амбивалентным (то есть сохраняются рудименты «уз привязанности»).

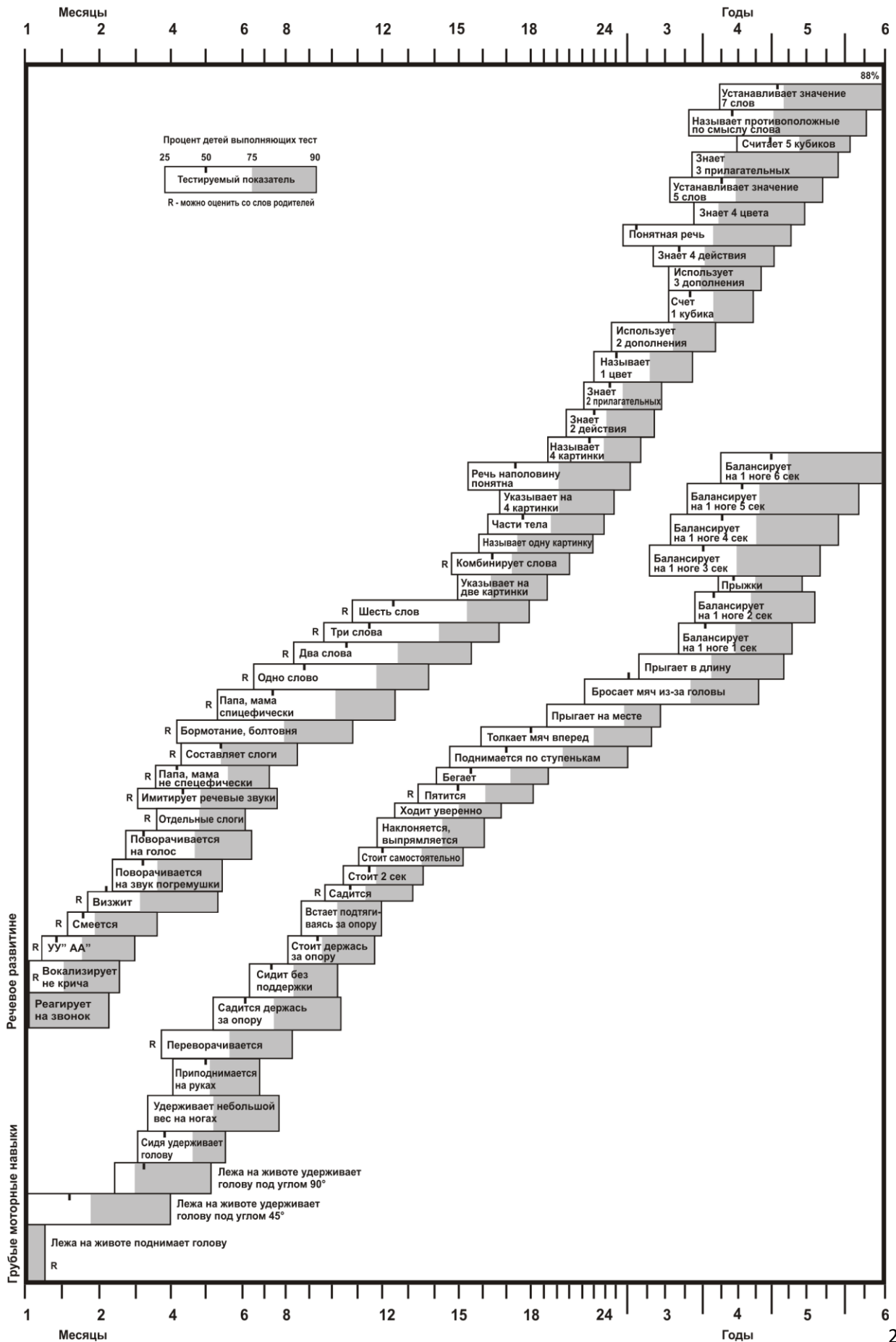
Средний подростковый период может быть самым сложным как для подростка, так и для его близких. Познавательные процессы становятся более совершенными. В этом возрасте подросток может оперировать идеями, рассматривая вещи такими, которыми они могли бы быть в идеальном смысле. Он ищет поддержки своих мыслей в высказываниях других людей. Огромное значение для подростка в этот период является потребность подтвердить свою одинаковость (идентичность) со сверстниками, что не ограничивается только физическими особенностями его тела, но и манерой поведения. Таким образом, подросток может быть вовлечен в группу других подростков, начинает сексуальные эксперименты, приобщается к поведению высокого риска, переносит свое время и интересы за пределы родного дома. Результатами подростковых экспериментов и поведения высокого риска в типичных случаях являются нежелательная беременность, приобщение к психотропным веществам и асфиктическим играм, мотоциклетные и другие несчастные случаи (Дополнение 10)

Поздний подростковый возраст характеризуется формированием развитого абстрактного мышления, которое содержит рассуждения о будущем (о профессии, призвании, любви и семье). Нерешенные тревоги относительно собственной значимости, которые остались от предыдущих стадий, могут проявиться тем, что юноша или девушка начинают физически и фактически перемещаться из семьи в область учебного заведения, рабочий

коллектив или подразделение на воинской службе. Центробежные тенденции самоутверждения в системе «я, как самостоятельный человек и мои родители» побеждают центростремительные («узы привязанности»), с тем, чтобы возродится в следующих поколениях людей.

Оценка психомоторного развития

СКРИНИНГ-ТЕСТ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ "DENVER II"



Ориентационный тест школьной зрелости Керна-Йерасека

Ориентационный тест школьной зрелости Керна-Йерасека, являющийся модификацией теста А. Керна, состоит из 3-х заданий.

1-е задание – рисование мужской фигуры по памяти, второе – срисовывание письменных букв, третье – срисовывание группы точек. Результат каждого задания оценивается по пятибалльной системе (1высший балл; 5низший балл), а затем вычисляется суммарный итог по 3 –м заданиям.

Развитие детей, получившим в сумме по 3-м заданиям:

- от 3-х до 6-ти баллов, рассматриваются как выше среднего
- от 7-и до 11-ти баллов, как средний уровень
- от 12-ти до 15-ти баллов – ниже нормы.

Детей, получивших 12 - 15 баллов, необходимо углублённо обследовать, т. к. среди них могут быть умственно отсталые. Все три задания графического теста направлены на определение развития тонкой моторики кисти и координации зрения и движений руки. Эти умения необходимы в школе для овладения письмом. Кроме того, тест позволяет определить в общих чертах интеллектуальное развитие ребёнка (рисунок мужской фигуры по памяти).

Задание «срисовывание письменных букв» и «срисовывание группы точек». Выявляют умение ребёнка подражать образцу – умение, необходимое в школьном обучении. Эти задания также позволяют определить, может ли ребёнок сосредоточенно, не отвлекаясь работать некоторое время над не очень привлекательным для него заданием.

Я. Йерасек провёл исследование по установлению связи между успешностью выполнения теста школьной зрелости и успешностью в дальнейшем обучении. Оказалось, что дети, хорошо справляющиеся с тестом, как правило, хорошо учатся в школе, но и дети, плохо справляющиеся с тестом, в школе могут хорошо успевать. Поэтому Йерасек подчёркивает, что результат тестового испытания можно рассматривать как

основание для заключения о школьной зрелости и нельзя интерпретировать как школьную незрелость (например, бывают случаи, когда способные дети схематично рисуют человека, что существенно отражается на полученном им суммарном балле). Автор теста отмечает также ограниченность методики в связи с не использованием невербальных субтестов, позволяющих сделать заключение о развитии логического мышления (тест школьной зрелости в основном позволяет судить о развитии сенсомоторики).

Тест Керна – Йерасека может применяться как в группе, так и индивидуально.

Инструкция по применению теста:

Ребёнку (группе детей) предлагают бланк теста. На первой стороне бланка должны содержаться данные о ребёнке и оставлено свободное место для рисования мужской фигуры, на обороте в верхней левой части помещён образец письменных букв, а в нижней части - образец группы точек. Правая часть этой стороны листа оставлена свободной для воспроизведения образцов ребёнком. В качестве бланка может служить лист машинописной бумаги, ориентированный так, чтобы нижняя часть его оказалась длиннее боковой. Карандаш перед испытуемым кладут так, чтобы он был на одинаковом расстоянии от обеих рук (в случае, если ребёнок окажется левшой, экспериментатор должен сделать соответствующую запись в протоколе). Бланк кладётся перед ребёнком чистой стороной.

Инструкция к заданию №1:

«Здесь (показывают каждому ребёнку) нарисуй какого-нибудь мужчину. Так как сможешь». Больше никаких пояснений, помощи или привлечения внимания к ошибкам и недостаткам рисунка не допускается. Если дети всё же начнут расспрашивать, как рисовать, экспериментатор всё равно должен ограничиться одной фразой: «Рисуй так, как сможешь». Если ребёнок не приступает к рисованию, то следует подойти к нему и подбодрить, например, сказать: «Рисуй, у тебя всё получится». Иногда ребята задают вопрос, нельзя ли вместо мужчины нарисовать женщину, в этом

случае надо ответить, что все рисуют мужчину и им тоже надо рисовать мужчину. Если ребёнок уже начал рисовать женщину, то следует разрешить дорисовать её, а затем попросить, чтобы он нарисовал рядом ещё и мужчину. Следует иметь в виду, что бывают случаи, когда ребёнок категорически отказывается рисовать мужчину. Опыт показывает, что такой отказ может быть связан с неблагополучием в семье ребёнка, когда отца либо вообще нет в семье, либо он есть, но от него исходит какая-либо угроза. По окончании рисования фигуры человека детям говорят, чтобы они перевернули лист бумаги на другую сторону.

Инструкция к заданию №2:

«Посмотри, здесь что-то написано. Ты ещё не умеешь писать, но попробуй, может быть, у тебя получится точно так же. Хорошенько посмотри, как это написано, и вот здесь, рядом, на свободном месте напиши так же». Предлагается скопировать фразу:

«Я ем суп», написанную письменными буквами. Если какой-нибудь ребёнок неудачно угадает длину фразы и одно слово не поместится в строчке, следует обратить внимание на то, что можно написать это слово выше или ниже. Следует иметь в виду, что встречаются дети, которые уже умеют читать письменный текст, и тогда они, прочитав, предложенную им фразу, пишут её печатными буквами. В этом случае необходимо иметь образец иностранных слов, также написанных письменными буквами.

Инструкция к заданию №3:

«Посмотри, здесь нарисованы точки

* * *

* * *

* * *

*

Попробуй вот здесь, рядом, нарисовать точно так же».

При этом нужно показать, где ребёнок должен рисовать, поскольку следует считаться с возможным ослаблением концентрации внимания у

некоторых детей. Во время выполнения ребятами заданий необходимо следить за ними, делая при этом краткие записи об их действиях. В первую очередь обращают внимание на то, какой рукой рисует будущий школьник – правой или левой, переключается ли он во время рисования карандаш из одной руки в другую. Отмечают также, вертится ли ребёнок слишком много, роняет ли карандаш и ищет его под столом, начал ли рисовать, несмотря на указания, в другом месте или вообще обводит контур образца, желает ли убедиться в том, что рисует красиво и т. д.

Задание №1 – рисование мужской фигуры.

1 балл выставляется при выполнении следующих условий: нарисованная фигура должна иметь голову, туловище, конечности. Голова с туловищем соединена с шеей и не должна быть больше туловища. На голове есть волосы (возможно, они закрыты шапкой или кепкой) и уши, на лице – глаза, нос, рот, руки заканчиваются пятипалой кистью. Ноги внизу отогнуты. Фигура имеет мужскую одежду и нарисована так называемым синтетическим способом (контурным), заключающимся в том, что вся фигура (голова, шея, туловище, руки, ноги) рисуются сразу как единое целое, а не составляется из отдельных законченных частей. При таком способе рисования всю фигуру можно обвести одним контуром, не отрывая карандаша от бумаги. На рисунке видно, что руки и ноги как бы «растут» из туловища, а не прикреплены к нему. В отличие от синтетического более примитивный аналитический способ рисования предполагает изображение отдельно каждой из составляющих частей фигуры. Так, например, сначала рисуется туловище, а затем к нему прикрепляются руки и ноги.

2 балла. Выполнение всех требований на единицу, кроме синтетического способа рисования. Три отсутствующие детали (шея, волосы, один палец руки, но не часть лица) можно не учитывать, если фигура нарисована синтетическим способом.

3 балла. Фигура должна иметь голову, туловище, конечности. Руки и ноги нарисованы двумя линиями (объёмные). Допускается отсутствие шеи, волос, ушей, одежды, пальцев и ступней.

4 балла. Примитивный рисунок головы с туловищем. Конечности (достаточно одной пары) нарисованы одной линией каждая.

5 баллов. Отсутствует чёткое изображение туловища («головоножка» или преобладание «головоножки») или обеих пар конечностей. Каракули.

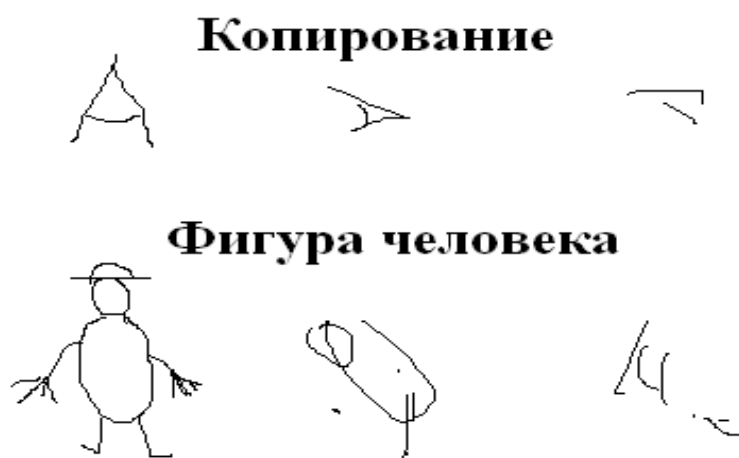


Рис. 1. Выполнение задания с копированием буквы А и рисованием фигуры мужчины (объяснения в тексте).

Задание №2 – копирование слов, написанных письменными буквами.

1 балл. Хорошо и полностью разборчиво скопирован написанный образец. Буквы превышают размер букв образца не более чем в два раза. Первая буква по высоте явно соответствует прописной букве. Буквы чётко связаны в три слова. Скопированная фраза отклоняется от горизонтальной линии не более чем на 30 градусов.

2 балла. Всё ещё разборчиво скопирован образец. Размер букв и соблюдение горизонтальной линии не учитываются.

3 балла. Явная разбивка надписи минимум на две части. Можно понять хотя бы четыре буквы образца.

4 балла. С образцом совпадают хотя бы две буквы. Воспроизведенный образец всё ещё создаёт строку надписи.

5 баллов. Каракули.

Задание №3 – срисовывание группы точек.

1 балл. Почти совершенное копирование образца. Допускается незначительное отклонение одной точки от строки или колонки. Уменьшение образца допустимо, а увеличение не должно быть более чем вдвое. Рисунок должен быть параллелен образцу.

2 балла. Число и расположение точек должно соответствовать образцу. Можно не учитывать отклонение не более трёх точек на половину ширины зазора между строкой и колонкой.

3 балла. Рисунок в целом соответствует образцу, не превышая его по ширине и высоте более чем вдвое. Число точек может не соответствовать образцу, но их не должно быть больше 20 и меньше 7. Допускается любой поворот, даже на 180 градусов.

4 балла. Контур рисунка не соответствует образцу, но всё же состоит из точек. Размеры образца и количество точек не учитываются. Иные формы (например, линии) не допускаются.

5 баллов. Каракули.

Работа с вербальным субтестом

Для работы с вербальным субтестом в бланке ответов предназначена четвёртая страница. Экспериментатор должен полностью протоколировать ответ ребёнка на каждый вопрос субтеста.

Инструкция к вербальному субтесту:

«Сейчас я буду задавать тебе вопросы о самых различных вещах, с которыми ты, конечно, знаком, и поэтому сможешь мне о них рассказать. Слушай вопрос первый. »

Субтест проводится индивидуально. Каждый вопрос зачитываются только один раз. Экспериментатору необходимо следить за своей речью, она должна быть доброжелательной и чёткой, чтобы исключить непонимание

ребёнком вопроса. Нельзя допускать наводящих вопросов, исправлять, если ребёнок отвечает неправильно, дополнительно побуждать к более полному ответу. Необходимые исключения из этого требования специально оговорены в ключе к тесту.

Вербальный субтест.

1. Какое животное больше – лошадь или собака?
 - Лошадь = 0 баллов.
 - Неправильный ответ = -5 баллов.
2. Утром мы завтракаем, а днём
 - Обедаем. Мы едим суп, мясо = 0 баллов.
 - Ужинаем, спим, другие ошибочные ответы = -3 балла.
3. Днём светло, а ночью
 - Темно = 0 баллов.
 - Неправильный ответ = -4 балла.
4. Небо голубое, а трава
 - Зелёная = 0 баллов.
 - Неправильный ответ = -4 балла.
5. Черешни, груши, сливы, яблоки это что?
 - Фрукты = 1 балл
 - Неправильный ответ = -1 балл.
6. Почему раньше, чем пройдёт поезд, опускается шлагбаум?
 - Чтобы поезд не столкнулся с автомобилем. Чтобы никто не попал под поезд (и т. д.) = 0 баллов.
 - Неправильный ответ = -1 балл.
7. Что такое Запорожье, Днепропетровск, Киев?
 - Города = 1 балл.
 - Станции = 0 баллов.
 - Неправильный ответ = -1 балл.
8. Который час показывают часы?
 - Правильно показано = 4 балла.

- Показаны только четверть, целый час, четверть и час, правильно = 3 балла.

- Не знает часов = 0 баллов.

9. Маленькая корова – это телёнок, маленькая собака – это, маленькая овечка – это ?

- Щенок, ягнёнок = 4 балла.

- Только один ответ из двух = 0 баллов.

- Неправильный ответ = -1 балл.

10. Собака больше похожа на курицу или на кошку? Чем похожа, что у них общего?

- На кошку, потому что у неё тоже 4 ноги, шерсть, когти, хвост (достаточно одного подобия) = 0 баллов.

- На кошку (без приведения знаков подобия) = -1 балл.

- На курицу = -3 балла.

11. Почему во всех автомобилях тормоза?

- Две причины (тормозить с горы, остановиться на повороте; остановить в случае опасности столкновения, вообще остановиться после окончания езды) = 1 балл.

- 1 причина = 0 баллов.

- Неправильный ответ (пример: он не ехал бы без тормозов) = -1 балл.

12. Чем похожи друг на друга молоток и топор?

- Два общих признака (они из дерева и железа, у них рукоятки, это инструменты, ими можно забивать гвозди) = 3 балла.

- 1 подобие = 2 балла.

- Неправильный ответ = 0 баллов.

13. Чем похожи друг на друга белка и кошка?

- Определение, что это животные или приведение двух общих признаков (у них по 4 лапы, хвост, шерсть, умеют лазать по деревьям) = 3 балла.

- Одно подобие = 2 балла.

- Неправильный ответ = 0 баллов.

14. Чем отличаются гвоздь и винт? Как бы ты узнал их, если бы они лежали перед тобой?

- У них есть разные признаки: у винта – нарезка (резьба, такая закрученная линия, вокруг зарубки и т. д.) = 3 балла.

- Винт завинчивается, а гвоздь забивается; у винта – гайка = 2 балла.

- Неправильный ответ = 0 баллов.

15. Футбол, прыжки в высоту, плавание это?

- Спорт, физкультура = 3 балла.

- Игры (упражнения), гимнастика, состязания = 2 балла.

- Неправильный ответ = 0 баллов.

16. Какие ты знаешь транспортные средства?

- Три наземных транспортных средства, самолёт или корабль = 4 балла.

- Только три наземных транспортных средства или полный перечень с самолётом и кораблём, но только после объяснения, что транспортные средства – это то на чём можно передвигаться = 1 балл.

- Неправильный ответ = 0 баллов.

17. Чем отличается старый человек от молодого? Какая между ними разница?

- Три признака (седые волосы, отсутствие волос, морщины, уже не может так работать, плохо видит, плохо слышит, скорее умрёт, чем молодой) = 4 балла.

- Одно или два различия = 2 балла.

- Неправильный ответ (у него палка, он курит) = 0 баллов.

18. Почему люди занимаются спортом?

- По двум причинам (чтобы быть здоровыми, закалёнными, сильными, чтобы они были подвижнее, чтобы держались прямо, чтобы не быть толстыми, чтобы добиться рекорда и т. д.) = 4 балла.

- Одна причина = 2 балла.

- Неправильный ответ (чтобы что-нибудь уметь) = 0 баллов.

19. Почему это плохо, когда кто-нибудь уклоняется от работы?

- Остальные должны за него работать (или выражение того, что вследствие этого несёт ущерб кто-нибудь другой). Он ленивый. Мало зарабатывает и не может ничего купить = 2 балла.

- Неправильный ответ = 0 баллов.

20. Почему на конверт нужно наклеивать марку?

- Так платят за пересылку, перевозку письма = 5 баллов.

- Тот, другой должен был уплатить штраф = 2 балла.

- Неправильный ответ = 0 баллов.

После проведения опроса, подсчитываются результаты по количеству баллов, достигнутых по отдельным вопросам. Количественные результаты данного задания распределяются по следующим 5 группам:

1 группа – плюс 24 и более

2 группа – плюс 14 до 23

3 группа - от 0 до 13

4 группа - от -1 до -10

5 группа - менее -11

По классификации положительными считаются первые три группы . Дети, набравшие количество баллов от плюс 24 до плюс 13, считаются готовыми к школьному обучению.

Общая оценка результатов тестирования.

Готовыми к школьному обучению считаются дети, получившие по первым трём субтестам от 3 до 6 баллов.

7-9 баллов – дети представляют средний уровень развития готовности к школьному обучению.

9-11 баллов – дети требуют дополнительного исследования для получения более объективных данных.

12-15 баллов – следует особо обратить внимание на эту группу детей (обычно это отдельные индивидуумы), т. к. это составляет развитие ниже нормы. Такие дети нуждаются в тщательном индивидуальном обследовании интеллекта, развитии личностных, мотивационных качеств.

Таким образом, можно говорить, что методика Керна - Йиерасека даёт предварительную ориентировку в уровне развития готовности к школьному обучению.

Из книги Корнея Чуковского «От двух до пяти».

Это было давно. Я (от имени Корнея Ивановича Чуковского, Ред.) жил на даче у самого моря. Перед моими окнами на горячем песке Сестрорецкого пляжа копошилось несметное количество малых детей под надзором бабушек и нянек. Я только что оправился после долгой болезни и по предписанию врача был обречен на безделье. Слоняясь с утра до вечера по чудесному пляжу, я вскоре сблизился со всей детворой, да и она привыкла ко мне. Мы строили из песка неприступные крепости, спускали на воду бумажные флоты.

Вокруг меня, ни на миг не смолкая, слышалась звонкая детская речь. На первых порах она просто забавляла меня, но мало-помалу я пришел к убеждению, что, прекрасная сама по себе, она имеет высокую научную ценность, так как, исследуя ее, мы тем самым вскрываем причудливые закономерности детского мышления, детской психики.

Только одна цитата:

(Ребенок) Рисует цветы, а вокруг три десятка точек.

- Что это? Мухи?

- Нет, запах от цветов.

(Электронная библиотека TheLib.Ru)

Дилеммы Л. Кольберга

Методика предназначена для оценки уровня развития морального сознания. Для этого Л.Колберг сформулировал девять дилемм, в оценке которых сталкиваются нормы права и морали, а также ценности разного уровня.

Девять гипотетических дилемм.

Дилемма I. В Европе женщина умирала от особой формы рака. Было только одно лекарство, которое, по мнению докторов, могло бы ее спасти. Это была форма радия, недавно открытая фармацевтом в этом же городе. Изготовление лекарства стоило дорого. Но фармацевт назначил цену в 10 раз больше. Он заплатил 400 долларов за радий, а назначил цену 4000 долларов за небольшую дозу радия. Муж больной женщины, Хайнц, пошел ко всем своим знакомым, чтобы взять займы денег и использовал все легальные средства, но смог собрать лишь около 2000 долларов. Он сказал фармацевту, что жена умирает и просил его продать дешевле или принять плату позднее. Но фармацевт сказал: «Нет, я открыл лекарство и собираюсь хорошо на нем заработать, используя все реальные средства». И Хайнц решил взломать аптеку и украсть лекарство.

1. Должен ли Хайнц украсть лекарство?
 1. Почему да или нет?
2. (Вопрос поставлен с тем, чтобы выявить у субъекта моральный тип и должен рассматриваться необязательным). Хорошо или дурно для него украсть лекарство?
 1. (Вопрос поставлен с тем, чтобы выявить у субъекта моральный тип и должен рассматриваться необязательным.) Почему это правильно или дурно?
3. Есть ли у Хайнца обязанность или обязательство украсть лекарство?
 1. Почему да или нет?

4. Если бы Хайнц не любил свою жену, должен ли был он украсть лекарство для нее? (Если субъект не одобряет воровство, спросить: будет ли различие в его поступке, если он любит или не любит свою жену?)

1. Почему да или нет?

5. Предположим, что умирает не его жена, а чужой человек. Должен ли Хайнц стащить лекарство для чужого?

1. Почему да или нет?

6. (Если субъект одобряет кражу лекарства для чужого.) Предположим, что это домашнее животное, которое он любит. Должен ли Хайнц украсть, чтобы спасти любимое животное?

1. Почему да или нет?

7. Важно ли для людей делать все, что они могут, чтобы спасти жизнь другого?

1. Почему да или нет?

8. Воровать – противозаконно. Дурно ли это в моральном отношении?

1. Почему да или нет?

9. Вообще, должны ли люди пытаться делать все, что они могут, чтобы повиноваться закону?

1. Почему да или нет?

10. (Этот вопрос включен, чтобы выявить ориентацию субъекта и не должен считаться обязательным.) Осмысленная снова дилемма, что бы вы сказали, какая самая ответственная вещь, которую нужно сделать в этой ситуации Хайнцу?

1. Почему?

(... еще 8 дилемм).

Теоретические основы интерпретации результатов теста

Л.Колберг выделяет три основных уровня развития моральных суждений: преконвенциональный, конвенциональный и постконвенциональный.

Преконвенциональный уровень отличается эгоцентричностью моральных суждений. Поступки оцениваются главным образом по принципу выгоды и

по их физическим последствиям. Хорошо то, что доставляет удовольствие (например, одобрение); плохо то, что причиняет неудовольствие (например, наказание).

Конвенциональный уровень развития моральных суждений достигается тогда, когда ребенок принимает оценки своей референтной группы: семьи, класса, религиозной общины... Моральные нормы этой группы усваиваются и соблюдаются некритично, как истина в последней инстанции. Действуя в соответствии с принятыми группой правилами, становишься «хорошим». Эти правила могут быть и всеобщими, как, например, библейские заповеди. Но они не выработаны самим человеком в результате его свободного выбора, а принимаются как внешние ограничители или как норма той общности, с которой человек себя идентифицирует.

Постконвенциональный уровень развития моральных суждений редко встречается даже у взрослых людей. Как уже говорилось, его достижение возможно с момента появления гипотетико-дедуктивного мышления (высшая стадия развития интеллекта, по Ж.Пиаже). Это уровень развития личных нравственных принципов, которые могут отличаться от норм референтной группы, но при этом имеют общечеловеческую широту и универсальность. На данной стадии речь идет о поиске всеобщих оснований нравственности.

В каждом из названных уровней развития Л.Колберг выделял несколько стадий. Достижение каждой из них возможно, по мнению автора, только в заданной последовательности. Но жесткой привязки стадий к возрасту Л.Колберг не делает.

Стадии развития моральных суждений по Л.Колбергу:

Стадия	Возраст	Основания морального выбора	Отношение к идее самооценности человеческого существования
Преконвенционный уровень			
0	0-2	Делаю то, что мне приятно	-
1	2-3	Ориентация на возможное наказание. Подчиняюсь правилам, чтобы избежать наказания	Ценность человеческой жизни смешивается с ценностью предметов, которыми этот человек владеет
2	4-7	Наивный потребительский гедонизм. Делаю то, за что меня хвалят; совершаю добрые поступки по принципу: «ты – мне, я – тебе»	Ценность человеческой жизни измеряется удовольствием, которое доставляет ребенку этот человек
Конвенционный уровень			
3	7-10	Мораль «пай-мальчика». Поступаю так, чтобы избежать неодобрения, неприязни ближних, стремлюсь быть (слыть) «хорошим мальчиком», «хорошей девочкой»	Ценность человеческой жизни измеряется тем, насколько этот человек симпатизирует ребенку

4	10-12	Ориентация на авторитет. Поступаю так, чтобы избежать неодобрения авторитетов и чувства вины; выполняю свой долг, подчиняюсь правилам	Жизнь оценивается как сакральная, неприкосновенная в категориях моральных (правовых) или религиозных норм и обязанностей
Постконвенциональный уровень			
5	После 13	Мораль, основанная на признании прав человека и демократически принятого закона. Поступаю согласно собственным принципам, уважаю принципы других людей, стараюсь избежать самоосуждения	Жизнь ценится и с точки зрения ее пользы для человечества, и с точки зрения права каждого человека на жизнь
6	После 18	Индивидуальные принципы, выработанные самостоятельно. Поступаю согласно общечеловеческим универсальным принципам нравственности	Жизнь рассматривается как священная с позиции уважения к уникальным возможностям каждого человека

Стефан Цвейг о Зигмунде Фрейде

(Из книги: Стефан Цвейг. Врачевание и психика. Месмер. Бекер-Эдди. Фрейд. М., Политическая литература. – 1991, 334с.)

«Вернейшим мерилom всякой силы является сопротивление, которое она преодолевает. И труд Зигмунда Фрейда, труд разрушения и созидания наново, становится понятным лишь в его сопоставлении с предвоенной (имеется ввиду Первая Мировая война 1914-1918 г.г., Ред.) ситуацией в области психологии, с тогдашними взглядами — или, правильнее, с отсутствием всякого взгляда — на мир человеческих инстинктов. В наши дни фрейдовские мысли — двадцать лет назад еще богохульные и еретические — свободно обращаются в крови эпохи и языка; отчеканенные им формулы кажутся сами собой понятными; требуется, собственно говоря, большее напряжение для того, чтобы мыслить вне их, чем для того, чтобы мыслить ими. Таким образом, именно потому, что нашему двадцатому столетию непонятно, почему это девятнадцатое так яростно противилось давно уже назревшему открытию движущих сил души, необходимо осветить установку тогдашнего поколения в вопросах психологии и потревожить в гробу смехотворную мумию (викторианской, авт.) нравственности».

Психосоциальный мораторий Э.Эриксона.

Понятие психосоциального моратория было введено Э. Эриксоном (1902–1994) для описания периода отрочества, в течение которого молодые люди путем свободного ролевого экспериментирования могут находить свою нишу в обществе. В работе «Идентичность: юность и кризис» (1967) он исходил из того, что «психоанализ признает определенный тип психосоциального моратория в развитии человека – период задержки, который позволяет будущим супругам и родителям пройти школу, предоставляемую им культурой, и овладеть техническими и социальными элементами труда».

Психосоциальный мораторий является отсрочкой, предоставляемой тому, кто еще не готов принять ответственность и хотел бы иметь в своем распоряжении какое-то время для подготовки к взрослой жизни. Этот мораторий является своего рода запаздыванием в принятии на себя взрослых обязательств. Он характеризуется, по словам Э. Эриксона, «избирательной снисходительностью со стороны общества и вызывающей беззаботностью со стороны юности». В течение этого периода молодые люди могут достичь определенного успеха. Завершение моратория сопровождается, как правило, формальным признанием и подтверждением со стороны общества того, что достигнуто в юности.

С точки зрения Э. Эриксона, каждая культура и каждое общество устанавливает определенный мораторий для их юных граждан. Этот мораторий совпадает с периодом обучения и тех или иных достижений, соответствующих ценностям общества. Он может быть временем путешествий, академической жизни, влюбленности или временем разочарований, самопожертвования, различного рода проступков. Юношеская преступность в ее организованной форме также может быть рассмотрена в качестве попытки создания психосоциального моратория.

Некоторые общества находятся, по-видимому, в процессе признания психиатрического лечения одним из видов моратория для молодых людей, для которых невыносима стандартизация и механизация жизни. Однако, как считал Э. Эриксон, следует осторожно относиться к подобного рода задержкам развития, поскольку «клеймо и ярлык, полученные кем-либо в период психосоциального моратория, оказывают существенное влияние на процесс формирования идентичности».

Лейбин В. Словарь-справочник по психоанализу. 2010г.

Из книги «Попробуй заставь меня». Р.Ливан, Б.О`Хэнлон, Т.Н.Гуд. 2007

ЗАО "Издательский Дом Ридерз Дайджест" с.226

Стратегия перехода от скандала к сотрудничеству.

Как реагировать на непослушание, шаг за шагом

Ситуация 1

Споры. Ребенок непрерывно спорит со взрослыми, пытаясь изменить решение в свою пользу и предоставить ему новые привилегии.

Скажите ребенку, чтобы он перестал пререкаться и замолчал

ОСНОВЫ ПОВЕДЕНИЯ

1. Когда ребенок вступает с вами в спор, сначала предоставьте ему на выбор несколько вариантов, не налагая особых ограничений.
2. Если он продолжает спорить и жаловаться, не предлагайте ему снова тот же выбор. Уберите лучший вариант и замените его чем-то менее привлекательным. Продолжайте убирать один вариант за другим после каждой новой попытки ребенка спорить или жаловаться.
3. Если он все еще продолжает спорить, предложите ему последний выбор: «Ты пойдешь в угол сам или тебе помочь?»

Пример того, как «натягивание поводьев» помогло одной семье

«Я собираюсь в гости к Филиппу. Отвези меня к нему сейчас», — потребовал Марк.

«А ты закончил делать домашнее задание?» — спросила мать. Одиннадцатилетний Марк и его мать почти все вечера пререкались по поводу того, когда он сделает уроки. Закончить домашние задания всегда для Марка было проблемой. Этим вечером мать Марка решила, что этому пора положить конец. Недавно она узнала о методе «натягиваем поводья» и

решила применить его. При этом она разыграла следующую сцену.

МАРК: «Почему я не могу поехать к Филиппу? Ты просто ведьма!»

МАТЬ: «В таком духе можешь говорить где-нибудь в другом месте, а если хочешь остаться здесь, то замолчи».

МАРК: «ТЫ никогда ничего для меня не делаешь. Вчера ты ездила с Кори (младший брат Марка) по всему городу. Как будто он примерный ребенок!»

МАТЬ (убирает наиболее привлекательный выбор): «В таком духе можешь говорить где-нибудь в другом месте или иди в свою комнату».

МАРК: «Идти в свою комнату? Ты что, мой босс? Почему ты не хочешь отвезти меня к Филиппу? Это несправедливо!»

МАТЬ (снова убирает лучший выбор из двух и спокойным голосом): «Ты можешь пойти в свою комнату или отправиться в угол. Что выбираешь?»

МАРК: «Это свободная страна! И этот дом также и мой. Ты не имеешь права говорить мне, что надо делать!»

МАТЬ: «ТЫ отправишься в угол сам или тебе помочь?»

МАРК: «Это безумие!»

МАТЬ (подходит к нему): «Этого выбора у тебя нет».

МАРК: «Не касайся меня!»

Поскольку прежде мать Марка уже отправляла его в угол и прибегала к «удержанию силой», он знал, что она твердо держит свое слово, а он ни за что не хотел снова испытать «удержание силой». Поэтому он выбрал последнее, что ему оставалось, и отправился в угол.

Захарченко Н. А. (студентка 3 курса 2-го медицинского факультета ЗГМИ).

Дискуссионные вопросы бруксизма

Научные руководители: д. мед. н., проф. Иванько О.Г., асс. Скрипникова Я. С.
Кафедра пропедевтики детских болезней. Запорожский государственный
медицинский университет.

Актуальность. В различных медицинских источниках бруксизм (Б.) определяется как особенность поведения (парасомния) детей и взрослых, которая сопровождается постоянной или пароксизмальной ритмической двигательной активностью жевательных мышц («скрежетанием зубами»). Несмотря на возможные психологические и стоматологические проблемы, связанные с Б., до настоящего времени нет единого мнения, считать ли Б. болезнью. В МКБ-10 такой нозологической формы не выделяют, однако медицинские мероприятия при Б. принято называть лечением.

Поставили цель уточнить влияние психосоматических, наследственных и инфекционных факторов в развития Б. в субпопуляции детей и взрослых, проживающих в г.Запорожье, Украина. Задачей исследования было проведение анкетирования по специально разработанной нами анкете.

Материалы и методы Методом случайного отбора были опрошены 50 (100%) человек в возрасте от 8 до 37 лет, из них 35 (70%) женщин и 15 (30%) мужчин – случайных посетителей поликлиники. Выявлены 16 человек (100%), которые припоминают или страдают Б., из них женщин 10 (63%) и мужчин 6 (37%). Анкета включала в себя вопросы сроков начала проявлений Б., наличие в этот момент документированной глистной инвазии, признаков гиперактивности с дефицитом внимания или депрессивных состояний, совпадение проявлений Б. с периодом смены молочных зубов, наличие дефектов зубной эмали, объясняемой Б., сходные проявления у родителей и необходимость проведения терапии Б.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что из 16 пациентов с Б. у 3 его проявления отмечались в возрасте 2-4 года, у 10 – в 4-6 лет, и еще у 3 опрошенных - после 7 лет. Глистная инвазия хотя и подозревалась, но не была выявлена ни в одном случае. 12 опрошенных припоминают проявления депрессивного состояния из-за стрессовых ситуаций, у 8 отмечались определенные проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Наследственная предрасположенность выявлена в 5 из 16 случаев. Дефекты эмали, связанные с истиранием зубов, были у 3 опрошенных. У 3 детей проявления Б. совпали с периодом смены молочных зубов. 3 человека из опрошенных проходили курс лечения антидепрессантами (имипрамин) и процедуры снятия непроизвольного мышечного спазма жевательной мускулатуры (массаж лица, электрофорез с новокаином на область жевательных мышц и др.).

Выводы:

1. В изученной группе больных основной причиной Б., наиболее вероятно, являются психические факторы.
2. В большинстве случаев Б. носит транзиторный (доброкачественный) характер, но у каждого пятого пациента требуется специальное лечение;
3. Вероятность развития Б. у детей не зависит от пола, но повышается, если кто-либо из родителей имел его проявления.

Опубликовано: Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины и фармации». Минск, 2015

Бенджамин Спок , из книги «Ребенок и уход за ним» www.koob.ru

(...) Настоящая книга не имеет в виду научить вас (родителей, Ред) ставить диагнозы или лечить самостоятельно. Автор хочет дать вам лишь общее представление о ребенке и его нуждах. Правда, для тех родителей, которым в силу исключительных обстоятельств трудно добраться до врача, в некоторых разделах даются советы об оказании первой помощи. Лучше уж совет книги, чем никакого совета! Но нельзя надеяться только на книгу, если есть возможность получить настоящую медицинскую помощь.

Я хочу также подчеркнуть, что не следует слишком буквально понимать все, что написано в этой книге. Нет похожих детей, как нет и похожих родителей. По-разному протекают болезни у детей; различные формы в разных семьях приобретают и проблемы воспитания. Все, что я мог сделать, - это описать лишь самые общие случаи. Помните, что вы хорошо знаете вашего ребенка, а я его не знаю совсем.

Доверяйте себе

1. Вы знаете гораздо больше, чем вам кажется.

Скоро у вас родится ребенок. Может быть, он уже родился. Вы счастливы и полны энтузиазма. Но если у вас недостаточно опыта, вы, возможно, опасаетесь, что не справитесь с уходом за ребенком. Вы наслушались разговоров о воспитании детей, вы начитались специальной литературы на эту тему, вы говорили с врачами. Проблема ухода за ребенком может показаться вам чересчур сложной.

(...) 3. Дети бывают «легкими» и «трудными».

Известно, что дети рождаются с разными темпераментами и это не зависит от ваших желаний. Вам приходится принимать ребенка таким, какой он есть. Но у родителей также свои сложившиеся характеры, которые уже нелегко изменить. Одни родители предпочитают тихих, послушных детей и

им будет трудно с энергичным и шумным ребенком. Другие легко справляются с мальчишкой-непоседой и драчуном и будут разочарованы, если их ребенок вырастет «тихоней». Родители стараются приспособиться к своему ребенку и делать для него все, что в их силах.

(...) 8. Лучше честно признаться, что вы рассердились.

До сих пор мы говорили о том, что время от времени родители неизбежно теряют терпение. Но важно обсудить и смежный вопрос: могут ли родители без всякого ущерба признаться в этом и дать выход своему гневу?

Не слишком строгие к себе родители не стесняются сознаться, что они раздражены. Я слышал, как одна очень хорошая мать, человек открытый и честный, полусуто говорила своей подруге: «Я просто ни минуты не могу оставаться под одной крышей с этим дьяволенком! Я бы с удовольствием отшлепала его как следует!» Она и не собиралась выполнять свои угрозы, но она не стыдилась признаваться в таких мыслях окружающим и самой себе. Ей стало легче, когда она открыто высказала свои мысли. В следующий раз она постарается решительно остановить ребенка, когда он начнет плохо себя вести.

Родители, стремящиеся быть безупречными, видимо, не допускают мысли, что человеческое терпение не безгранично, и считают, что не должны позволять себе сердиться. Если же они все-таки сердятся, то чувствуют себя глубоко виноватыми или отчаянно пытаются уверить самих себя, что совсем не раздражены. Вы стараетесь подавить свое раздражение и это приводит к тому, что оно выливается во внутреннее напряжение, усталость или головную боль.

Бывает, что мать, которая не может признаться, что временами чувствует неприязнь к своему ребенку, начинает воображать, что его повсюду ожидают опасности. Она излишне оберегает его от инфекций, от уличного движения, постоянно хлопочет над ним, не сознавая, что это может помешать развитию в нем самостоятельности.

Я обсуждаю проблемы, возникающие в случае, когда родители боятся дать выход своему раздражению, не только для того, чтобы облегчить совесть родителей. Дело в том, что все огорчающее родителей, огорчает и их детей. Когда родители считают, что антагонистические чувства по отношению к детям слишком ужасны, чтобы признать их открыто, дети также скрывают свой антагонизм к родителям. У детей появляется страх перед воображаемыми опасностями. Они боятся насекомых или отказываются идти в школу, или страшатся отпустить от себя родителей. Эти страхи - лишь внешнее выражение антагонизма к родителям, в котором дети не смеют признаться. Другими словами, ребенок будет счастливее у тех родителей, которые не боятся дать выход своему гневу, потому что тогда и ребенку будет легче дать выход своему чувству. Если вы справедливо возмутитесь и выскажете все, что думаете, - и вам, и ребенку станет легче и все вернется на прежнее место. Я не хочу сказать, что вы всегда будете правы в своем антагонизме к ребенку. Нередко мы встречаем грубых родителей, которые, не стесняясь, целый день ругают ребенка и даже бьют его без каких-либо серьезных причин. Я вел речь о чувствах слишком совестливых родителей, любящих своего ребенка.

Если Вам дорог Ваш ребенок, но тем не менее он постоянно вызывает у вас раздражение (выражаете вы его открыто или нет), значит Ваша нервная система перенапряжена и Вам необходимо обратиться к психиатру. Кроме того, Ваша раздражительность может быть вызвана каким-либо фактором извне, а не поведением самого ребенка.

Иванько О.Г

Асфиктические игры детей

(Журнал новости медицины и фармации, №3, 2014) .

Как следует из обзоров причин заболеваемости и смертности в США (1,2) за период с 1997 по 2007 г.г. асфиктические игры или игры с удушением стали причиной гибели не менее 82 детей в возрасте от 6 до 19 лет. Так как не существует официальной медицинской статистики, авторы обзора ориентировались на сообщения массовых средств информации, которые последние годы все чаще сообщают о жертвах необычного увлечения. Также очень трудно оценить число детей, пострадавших в результате «игр», у которых развились последствия энцефалопатии, когда асфиксия была длительной. Просмотр сообщений в Интернете свидетельствует, что блоги Украины и России изобилуют самой разнообразной информацией об асфиктических играх детей и подростках. В Украине их жертвами стали в 2013 году 12 детей. Показательна судьба двух подростков 13 лет – близких друзей, считавших себя «авторитетами» асфиктических экспериментов и которые последовательно ушли из жизни по этой причине с интервалом в 3 месяца. Настоящее сообщение имеет целью информировать врачей разных специальностей о проблеме эскалации интереса детей к асфиктическим играм и о том риске, который такое поведение, скрытое от взрослых, имеет для здоровья и жизни.

Первое официальное сообщение об асфиктических играх детей появилось в медицинской литературе в 2000 г (2), хотя история их существования насчитывает многие десятилетия. Сначала они были уделом молодых людей, отбывающих тюремное заключение, а также детей, воспитывающихся в закрытых учреждениях. Со временем они становятся достоянием обычных школьников. До 60-70 г.г. двадцатого века техника асфиктических игр была более щадящей, чем в настоящее время и заключалась в сознательной гипервентиляции легких участником «игры» с

последующим сильным сдавливанием его грудной клетки или живота «ассистентом». Последний также должен был удерживать жертву от падения после потери ею сознания. В настоящее время техника усовершенствована манипулированием на сосудах шеи, с применением или без применения сдавливающих лигатур, и выполняется коллективно или, что несравненно опаснее, индивидуально наедине. Подобные сведения подробно освещены в рекламе на молодежных сайтах и индивидуальных блогах «любителей» и сопровождаются нередко восторженными отзывами участников и видеоклипами. Хочется верить, что настоящая статья послужит не учебным пособием для «игр», а средством профилактики этого опасного типа поведения детей.

В данной публикации использованы термины «асфиктические игры» или «игры с удушением», которые, на наш взгляд, отражают патогенетическую сущность феномена. В англоязычной литературе используется термины «choking game» и «strangulation activities» (3,4). В молодежной среде чаще всего можно встретить названия «Собачий кайф», реже «Космический ковбой», «Параллельные миры» и пр. По мнению экспертов (2) суть проблемы более корректно отражает термин «поведение», чем термин «игры».

Асфиктические игры детей и подростков соответствуют состоянию мозговой гипоксии, которую вызывают самостоятельно либо при участии помощника для вызывания состояния эйфории. Во многих технических версиях присутствует предварительно элемент глубокого учащенного дыхания. Критическим моментом «игр» является мгновение потери сознания, когда необходимо остановить действия. Промедление ведет к смерти, что весьма вероятно, если странгуляция производится в одиночку. Чрезвычайно опасной разновидностью асфиктической игры у старших подростков-юношей являются аутоэротическая асфиксия, как сочетание само удушения и эротической стимуляции (5,6). Лица, погибшие при таких обстоятельствах, чаще всего расцениваются, как совершившие самоубийство,

а не жертвы смертельной травмы по неосторожности, ибо родственники. первыми обнаруживающие погибшего, чаще всего скрывают детали происшествия.

Какие же причины способствуют формированию у детей и подростков подобных форм поведения? Легче всего усмотреть причины в социальных кризисах и кризисах семейных отношений. Гиперсоциализация ребенка в семье или противоположное состояние психологического неприятия родителями побуждает ребенка к поискам рискованных ситуаций. Корни явления, наверное, нужно искать также и в самой природе сложного взросления человека. Действительно, во время подросткового периода мысли ребенка сосредоточены на настоящем времени и на членах своей подростковой группы. Стремление к независимости сочетается с выраженной потребностью подтвердить свою идентичность со сверстниками, которая не ограничивается только внешностью и физическими особенностями, а, в первую очередь, стилем поведения. Для подтверждения своей идентичности со сверстниками подросток входит в группу других подростков, в том числе и виртуальных в Интернете, переносит свое времяпровождение и интересы за пределы родительского дома, мира взрослых. Явное или кажущееся вмешательство взрослых лиц в мир подростков воспринимается негативно и встречает их сопротивление. Запретительная информация воспринимается с сомнением. Таким образом и формируется поведение высокого риска аутоагрессии, которое почти не зависит от экономических, этнических и даже образовательных условий, что подтверждается примером практически всех стран мира (7). Дети младшего школьного возраста вовлекаются в асфиктические игры более старшими детьми.

Т.А.Andrew и К.К.Fallon (8) выделяют также две специфические группы подростков, предрасположенных к асфиктическим играм. Первая – подростки, занимающиеся атлетическими упражнениями и обычно избегающие употребления алкоголя или психотропных веществ, как вредных для здоровья. Они ошибочно считают игры безобидными, так как они не

связаны с употреблением вредных веществ. Подростки второй группы испытывают влечение к алкоголю и наркотикам, но ограничены в их применении. Асфиктические эпизоды они используют для преодоления тревожных и депрессивных состояний.

В чем состоит патофизиологическая сущность игры с удушением? По известным причинам их экспериментальное изучение было очень ограниченным. Имеется только одно доступное сообщение об исследовании асфиктических состояний на добровольцах, которое прошло очень ответственную этическую экспертизу (9). Можно полагать, что учащенное и глубокое дыхание, по-видимому, активирует вагальную систему регуляции со свойственными эффектами сердечно-сосудистой нестабильности. Кратковременная остановка мозгового кровотока за счет механизмов т.н. застойной асфиксии, когда нарушенный венозный возврат вызывает вагосазальный коллапс и глубокий обморок (9,10). В момент, когда манипуляции прекращаются, внезапный прилив оксигенированной крови к мозгу сопровождается яркими галлюцинациями и эйфорией. Добровольцы описывали ауру, сужение пространства, кратковременные галлюцинации. Возвращение сознания у многих сопровождалось «идиотской улыбкой». При промедлении на 10-20 секунд ожидается развитие транзиторной энцефалопатии. Пребывание в коме более 3 минуты часто ведет к необратимым повреждениям головного мозга и смерти из-за асистолии и мозговой аноксии.

Мировой медицинский опыт располагает информацией о последствиях и осложнениях асфиктических игр.

У многих детей, приобщившихся к асфиктическим играм, развивается состояние, схожее с психологической зависимостью, когда ребенок может повторять многократно (до 17 раз!) в течение дня состояние асфиксии (11). Даже кратковременные, но повторяющиеся эпизоды гипоксии у детей, могут формировать необычные высказывания и суждения, необычную сонливость, притупление болевой чувствительности, тревожность, дезориентацию и

головные боли. Часто обнаруживаются анорексия, тошнота, рвота, тахипноэ, тахикардия и артериальная гипертензия. Повторяющиеся обмороки и судорожные припадки могут быть связаны с травмой головы при падении. Нередки необычные рассеченные раны лица над надбровными дугами, подбородком, механизм возникновения которых дети описывают неубедительно. Описана частичная утрата зрения в связи с геморрагической ретинопатией, обусловленной внезапным повышением внутригрудного давления, кстати, чрезвычайно редкой у детей при других патологических состояниях (12).

Распространенность. Как было указано выше, статистические оценки крайне затруднительны. В исследовании, проведенном в 2007 г. в штате Огайо, США при опросе детей и подростков 11% из них в возрасте от 12 до 18 лет и 19% в возрасте 17-18 лет признались, что имели опыт асфиктических игр. Опросы 2504 школьников и студентов высших учебных заведений, проведенные в Техасе и Онтарио в 2009 г. (13) показали, что 68% детей были информированы, 45% были знакомы с участником (участниками) и 6,6% когда-либо лично пробовали действие удушения.

Выявление приверженности ребенка к асфиктическим играм может быть облегчено тем, что ребенок употребляет жаргонные названия подобных занятий в разговорах, в переписке и т.д. Не должны остаться незамеченными красные следы или экхимозы на шее, которые подростки могут скрывать высоким воротником свитера, одетого не по сезону. Необычная бледность лица с темными кругами вокруг глаз, а главное петехии, которые концентрируются на веках, дополняют внешний вид ребенка, который «прочно подсел» языком подростков на этот вид опасных забав (14). Обеспокоенность родителей должны вызвать поиск уединения и необычное поведение ребенка после пребывания наедине с собой, необычная гостеприимность в отношении новых приятелей, появление в доме необычных ранее вещей, как то собачьих ошейников, эластичного бинта и пр. Вербки, шарфы, ремни, возможно завязанные узлами, разбросанные в

спальне или висящие на дверных ручках, следы завязывания одежды в изголовье кровати или на перекладинах платяного шкафа, также представляют тревожные признаки. Когда подозрение об участии ребенка в играх с удушением обосновано, диагноз может быть подтвержден сбором анамнеза. В отличие от родителей, которые в 93% случаев совершенно не информированы, братья, сестры и друзья могут быть источником важных сведений о ребенке и его увлечениях. После этого вмешательство взрослых и, возможно, медицинская помощь становятся необходимыми (4,8).

Пути профилактики в настоящее время интенсивно изучаются. Вероятнее всего широкая информированность взрослых способна ограничить поведение высокого риска у детей. При проведении разъяснительной работы у детей чрезвычайно ответственно нужно подходить к выбору формы подачи информации, ибо непрофессиональные попытки только привлекают внимание подростков. Таким негативным примером может служить фильм И.Твердовского «Собачий кайф» (Россия), эпатировавший кинофестиваль «Кинотавр-2013». Его сюжет сводится к демонстрации бесцельно бродящего подростка по городским лабиринтам в поисках бесплатных забав. Так как непонятно отношение взрослых создателей фильма к его герою, детям открываются перспективы копировать столь доступный тип поведения. Значительную пользу может принести воспитательная работа с младшими школьниками, которую проведут информированные родители и телеинтервью с демонстрацией жертв «игр», выживших после реанимации, а также родителей погибших детей, эффективные в подростковой среде. Определенную пользу может принести видеонаблюдение в школах, так как дети приобщаются к асфиктическим играм на переменах, перед занятиями физкультурой и пр. (15). Выявление отрицательного лидера останавливает других детей. Необходимость проведения видеонаблюдения и анализа полученного материала определяется конкретными школьными комитетами родителей. Такой риторический подход к воспитанию с пресечением поведения высокого риска этически обоснован традиционной ролью и

ответственностью взрослых за воспитание, сохранение здоровья и самой жизни детей. Кроме того все дети должны быть информированы, что участие в играх может причинить травму и даже смерть другому лицу по неосторожности, что тем не менее создает прецедент уголовной ответственности и оставляет след на всю последующую жизнь.

Таким образом, можно утверждать, что в начале 21 века человечество переживает пандемию опасных игр детей с удушением. Периодически затухая и возобновляясь подобные игры становятся более изощренными и опасными. Пока не ясны перспективы развития этого явления. Для борьбы с ним требуется шире информировать широкую общественность, в том числе и медицинских работников, работающих с детьми.

Литература

1. WISQARS leading causes of death reports, 1999-2005. Available at: webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10.html (Accessed on March 20, 2008).
2. Unintentional strangulation deaths from the “choking game” among youths aged 6-19 years—United States, 1995-2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2008; 15; 57(6):141-144.
3. Ulrich, NJ, Goodkin, HP, Middleman, AB, Vinci, RJ, et al., The shoking game and other strangulation activities in children and adolescents. (Accessed online on June 16, 2009).
4. Katz, KA, Toblin, RL. Language matters: unintentional strangulation, strangulation activity, and the “choking game”. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009; 163:93-101.
5. CDC Features. The Choking Game: Risky Youth Behavior. Available at: cdc.gov/Features/ChokingGame (Accessed on March 19, 2008).
6. Kirksey, KM, Holt-Ashley, M, Williamson, KL, Garza, RO. Autoerotic asphyxia in adolescents. *J Emerg Nurs* 1995; 21 (1):81-83.
7. Games Adolescents Shouldn’t Play (GASP). Available at: www.stop-the-choking-game.com (Accessed on March 18, 2008).

8. Andrew, TA, Fallon, KK. Asphyxial games in children and adolescents. *Am J Forensic Med Pathol* 2007; 28 (4):303 -307.
9. McPhee, SJ, Ganong, WF. Respiratory adjustments in health and disease. In: *Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine*, 5th ed. Appleton and Lange. Accessed online on March 24, 2008.
10. Brenner, RP. Electroencephalography in syncope. *J Clin Neurophysiol* 1997; 14 (3):197-209.
11. Hoff, BH. Multiple organ failure after near-hanging. A case report. *Crit Care Med* 1978; 6 (2):366-369.
12. Ho, LY, Abdelghani, WM. Valsalva retinopathy associated with the choking game. *Semin Ophthalmol* 2007; 22 (2):63 -65.
13. Macnab, AJ, Deevska, M, Gagnon, F, et al. Asphyxial games or “the choking game”: a potentially fatal risk behaviour. *Inj Prev* 2009; 15(1):45-49.
14. Shlamovitz, GZ, Assia, A, Ben-Sira, L, Rachmel, A. “Suffocation roulette”: a case of recurrent syncope in an adolescent boy. *Ann Emerg Med* 2003; 41 (2):223-226.
15. Le, D, Macnab, AJ. Self strangulation by hanging from cloth towel dispensers in Canadian schools. *Inj Prev* 2001; 7 (3):231-233.

Перечень дополнений

- Дополнение 1 Денвер-тест.....
- Дополнение 2 Ориентационный тест школьной зрелости Керна-Йерасека.....
- Дополнение 3 Из книги Корнея Чуковского «От двух до пяти»
- Дополнение 4 Дилеммы Л. Кольберга.....
- Дополнение 5 Стефан Цвейг о Зигмунде Фрейде.....
- Дополнение 6 Психосоциальный мораторий Э.Эриксона.....
- Дополнение 7 Из книги «Попробуй заставь меня». Стратегия перехода от скандала к сотрудничеству.....
- Дополнение 8 Захарченко Н. А. Дискуссионные вопросы бруксизма.....
- Дополнение 9 Бенджамин Спок , из книги «Ребенок и уход за ним».....
- Дополнение 10 Иванько О.Г. Асфиктические игры детей.....

Контрольные тесты, ответы на которые можно найти в тексте.

1. Методика оценки психического развития ребенка, становление его как личности, состоит из оценок, **за исключением:**
 - A. признаков психо-моторного развития
 - B. психо-социального развития
 - C. психо-сексуального развития
 - D. становления его когнитивной (познавательной) функции, особенностей поведения и темперамента
 - E. оценки внутренней потребности агрессии и вандализма

2. Под нормальным психо-моторным развитием ребенка нужно понимать:
 - A. последовательность возникновения после рождения комплекса двигательных, поведенческих, эмоциональных и языковых навыков
 - B. врожденные рефлексы и автоматизмы
 - C. узы привязанности к родителям
 - D. желание учиться в школе
 - E. коэффициент интеллекта более 100

3. Нормальность психо-моторного развития определяется наличием следующих необходимых условий, **за исключением:**
 - A. наличием родителей или лиц, способных проявлять к ребенку искренние чувства любви и привязанности;
 - B. обеспечением ребенка уходом, питанием и воспитанием;
 - C. удовлетворительным состоянием физического здоровья ребенка
 - D. применением развивающих технологий
 - E. нормальным состоянием функций важнейших органов чувств - зрения и слуха.

4. В «DENVER-II» тесте психомоторного развития детей оценивается появление и закрепление навыков у ребенка, которые можно сгруппировать в следующие системы, **за исключением:**

- A. общие моторные, в том числе позатонические (статические) и двигательные навыки приспособления к гравитации;
- B. тонкие двигательные навыки, позволяющие организовать сознательную целенаправленную деятельность («праксис»);
- C. индивидуальные социальные, определяющие формирование взаимоотношений в системе «я и общество»;
- D. навыки чистоплотности и опрятности,
- E. формирование языка как средства человеческого общения.

5. Отставание в психомоторном развитии может быть обусловлено всем, **за исключением:**

- A. последствиями ишемически-гипоксического поражения мозга в родах
- B. аутизмом
- C. хромосомными аномалиями
- D. частыми простудными заболеваниями
- E. врожденной слепотой или глухотой ребенка

6. К ранним признакам аутизма у ребенка 1,5 лет следует отнести:

- A. Не выносит разобщения с матерью
- B. Может причинить боль котенку
- C. Пугается посторонних
- D. Не смотрит в глаза, избегает контактов
- E. Подолгу смотрит телепередачи

7. Девочка 13 месяцев всегда бурно выражала нежелание расставаться с матерью, которой несколько раз в неделю приходилось покидать ее. Сегодня

реакции на предстоящий уход нет. Подобное поведение может быть объяснено:

- A. Приходом новой симпатичной няни
- B. Подарком новой игрушки
- C. Угрозой наказания
- D. Начинающимся заболеванием
- E. Взрослением ребенка

8. Для проведения терапии ребенок 5 лет должен быть изолирован в стерильном боксе, не допускающем присутствия родителей. Сгладить проявления синдрома «госпитализма» можно с помощью:

- A. дорогих игрушек
- B. просмотров телепередач
- C. назначения седативных средств
- D. возможности ребенка видеть родителей через широкое окно
- E. рисунков на сюжеты сказок на стенах палаты

9. Ребенку 1,5 лет демонстрируют привлекательный предмет, а затем накрывают краем одеяла. Затем ребенку предоставляют свободу действий и он сразу же открывает одеяло и завладевает предметом. Какой стадии когнитивного развития по Ж.Пиаже соответствуют действия ребенка:

- A. сенсомоторной
- B. преоперативной
- C. стадии конкретных операций
- D. стадии формальных операций
- E. стадии формирования Эдипового комплекса

10. Для того, чтобы спасти жену от болезни, ее муж решает украсть лекарство, так как денег, чтобы приобрести его, у него нет.

Как, вероятнее всего, прокомментирует обычный 6-ти летний ребенок эту историю?

- A. Нужно было обратиться за социальной поддержкой
- B. Поступок правильный, жизнь превыше всего
- C. Поступок правильный, но человек будет наказан
- D. Трудно решить, что делать
- E. Красть нельзя ни в коем случае

11. Вы знакомы с принципами психоанализа З.Фрейда и пытаетесь использовать их, помогая ребенку 9 лет, имеющему невротическую привычку сосать пальцы. Какие сведения анамнеза (сведений о жизни и болезнях) важны для организации лечения невроза (методом «преодоления», «катарсиса»)?

- A. В 2 года был испуган собакой.
- B. Не кормился грудью матери
- C. Отец ребенка курит трубку
- D. Часто получает унижительные замечания в школе
- E. Выявлена инвазия острицами

12. Теория «моратория молодого Лютера» Э.Эриксона это:

- A. Отказ от насилия
- B. Кажущееся бездействие и раздумья о выборе жизненного пути
- C. Отказ от ценностей общества
- D. Отказ от интимных отношений и брака
- E. Следование принципам строгого вегетарианства

13. Теория поведения в соответствии с идеями академика И.П.Павлова основана на:

- A. следовании моделям поведения взрослых
- B. формировании условных рефлексов

С. проявлении темперамента

Д. врожденных рефлексов и автоматизмов

Е. генетической «памяти»

Правильные ответы:

1. Е 2. А 3. D 4. D 5. D 6. D 7. D 8. D 9. А 10. Е 11. В 12. В 13. В