

Диагностика и нейропсихологическая коррекция детей с неврозоподобными энурезом и энкопрезом

Березкин Д.В.,

аспирант, кафедра клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена; педагог-психолог, Детский психоневрологический санаторий «Комарово», Санкт-Петербург, Россия, berezkin.dm@yandex.ru

В статье проанализирован опыт работы с шестью детьми с неврозоподобным энурезом и одним ребенком с неврозоподобным энкопрезом. Работа включала психодиагностическое обследование и коррекционные мероприятия. Психодиагностическое обследование было направлено на измерение различных показателей сенсомоторных реакций с целью описания функционального состояния центральной нервной системы, а также включало оценку показателей памяти, внимания и мышления. Функциональные показатели центральной нервной системы у детей с неврозоподобными энурезом и энкопрезом были приближены к тем, что фиксировались у их здоровых сверстников, при этом показатели когнитивных функций у данной группы детей были ниже. Использовались методы нейропсихологической коррекции, направленные на развитие зрительно-моторной координации, пространственно-временных представлений и понимания логико-грамматических конструкций. Основываясь на субъективных отчетах детей, их родителей, а также на сведениях, полученных из медицинской документации, можно предположить, что предложенный способ работы является эффективным методом коррекции проявлений неврозоподобных энуреза и энкопреза у детей со схожими характеристиками, выявляемыми в психодиагностическом обследовании. Полученные результаты обосновывают значимость оценки функциональных показателей центральной нервной системы путем измерения различных характеристик сенсомоторных реакций.

Ключевые слова: нейропсихологическая коррекция, неврозоподобные расстройства резидуально-органического генеза, энурез, энкопрез.

Для цитаты:

Березкин Д.В. Диагностика и нейропсихологическая коррекция детей с неврозоподобными энурезом и энкопрезом [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 48–62. doi: 10.17759/psyclin.2017060104

For citation:

Bereskin, D.V. Diagnostics and Neuropsychological Correction of Children with Neurosis-Like Enuresis and Encopresis [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2017, vol. 6, no. 1, pp. 48–62. doi: 10.17759/psycljn. 2017060104 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Энурез – часто встречаемое нарушение, относящееся к обширной группе неврозоподобных расстройств резидуально-органического генеза. Энкопрез встречается несколько реже [2]. Отличительной чертой неврозоподобных расстройств от собственно неврозов является то, что в основе нарушений лежат не психогенные факторы, а резидуально-органические нарушения ЦНС.

В клинических, нейрофизиологических, психофизиологических и клиничко-психологических исследованиях детей с резидуально-органическими нарушениями рассматривают как единую группу. В них с разных сторон изучаются особенности развития таких детей.

В работах по психиатрии детского возраста выделены две основные формы психопатологических нарушений развития. Дезонтогенетическая форма нарушенного развития проявляется в недоразвитии психических функций. Энцефалопатическая форма проявляется в распаде психических функций. Неврозоподобные и психопатоподобные состояния резидуально-органического генеза относятся к энцефалопатической форме нарушенного развития [5; 7]. В современных исследованиях отмечается частая встречаемость органических непсихотических расстройств в общей группе детей и подростков, обращающихся за психиатрической помощью [7; 11; 17], а также увеличение встречаемости этих расстройств [17].

В основе нейрофизиологических исследований лежит изучение таких аспектов, как сложности в обучении и нарушения внимания. При этом указывается, что у детей со сложностями в обучении, вызванными резидуально-органическими нарушениями ЦНС, отмечаются функциональная незрелость коры головного мозга, регуляторной фронтоталамической системы [8], несформированность правого полушария [10] и истощаемость функциональных резервов ЦНС [6].

В психофизиологических исследованиях было установлено, что для детей с трудностями в обучении характерны повышение инертности нервных процессов, удлинение латентных периодов сенсомоторных реакций, увеличение количества ошибок в реакциях выбора [4], сложности в управлении движениями, вызванные недостаточной сформированностью функций контроля за ними [19; 20].

В клиничко-психологических и в клинических исследованиях при изучении познавательных процессов чаще рассматриваются формы нарушения развития без учета клинической специфики пациентов. Если эти исследования имеют нейропсихологический вектор, то акцент ставится на изучении формирования

высших психических функций в контексте очаговых поражений головного мозга [9; 13; 15].

Таким образом, основными критериями формирования групп детей с неврозоподобными расстройствами являются нарушение внимания, наличие резидуально-органической патологии без уточнения клинических проявлений. Между тем неврозоподобные расстройства имеют широкий спектр проявлений. Помимо упомянутых выше энуреза и энкопреза, они могут сопровождаться трихопатологией (навязчивым выдергиванием волос), тиками, навязчивыми движениями, грызением ногтей, онанизмом и т.д. Все эти нарушения отражены в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

В одном из последних клинико-психологических исследований дети с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза были разделены на три группы [2]. В первую группу вошли пациенты с органическими эмоционально-лабильными [астеническими] расстройствами [F 06.6]. Во второй группе были объединены пациенты, имеющие трудности контролирования движений и процессов выделения. Ее составили дети с энурезом [F 98.0], энкопрезом [F 98.1] и стереотипными двигательными расстройствами [98.4]. В третью группу вошли дети с расстройствами поведения [F 98.8 и F 98.9]. Было установлено, что у детей второй группы показатели сенсомоторных реакций оказались выше, чем у пациентов первой и третьей групп. Причем значения этих показателей у детей второй группы приближались к нормативным значениям. Несмотря на различия при оценке простых и сложных сенсомоторных реакций, все пациенты с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза имели сниженные когнитивные функции.

Можно предположить, что исследование различных сенсомоторных реакций – значимый диагностический аспект, который должен учитываться при работе с детьми с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза. Рассмотрим представления об организации двигательной активности человека.

В реализации простых сенсомоторных реакций задействованы субкортикальный (экстрапирамидный) и кортикальный (пирамидный) уровни контроля, а в организации сложных реакций – кортикальный уровень. Соответственно, характеристики простых и сложных сенсомоторных реакций у пациентов с несформированными функциями контроля над движениями и функциями выделения указывают на более высокое функциональное состояние кортикальных и субкортикальных структур головного мозга, чем у пациентов с другими клиническими проявлениями при неврозоподобных расстройствах. В связи с этим следует ожидать достаточную эффективность психокоррекционной работы с детьми с энурезом и энкопрезом.

Цель настоящей статьи – изучение значимых диагностических характеристик, при выявлении которых применение нейропсихологических методов коррекции является эффективным способом помощи детям с неврозоподобными энурезом и энкопрезом.

Программа исследования

Экспериментальную группу составили 7 детей (6 мальчиков и одна девочка), в разное время проходивших комплексную реабилитацию в детском психоневрологическом санатории «Комарово» (Санкт-Петербург). Реабилитация включала биологические (фармакологические и физиотерапевтические) и психосоциальные (логопедические, психологические, педагогические) коррекционные мероприятия. В психологической работе использовались как методы психодиагностики, направленные на оценку сенсомоторных реакций, внимания, памяти, зрительно-конструктивной деятельности и мышления, так и психокоррекционные методы. Возраст пациентов составил от 8 до 12 лет: 4 пациентам было 8 лет, еще трем детям – 10, 11 и 12 лет. У 6 пациентов наблюдался ночной энурез, у одного – энкопрез. У всех пациентов энурез был ежедневный, с редкими однодневными «сухими окнами». У пациента с энкопрезом наблюдались как ночные, так и дневные эпизоды недержания кала. У 6 детей резидуальные нарушения ЦНС были следствием отягощенного перинатального периода, у одного – ранний анамнез был неизвестен. Три ребенка обучались по программе VII вида для детей с задержкой психического развития, четверо – по общеобразовательной школьной программе.

В контрольную группу условно здоровых вошли 8 детей в возрасте от 8 до 10 лет (3 мальчика и 5 девочек). 4 детям было 8 лет, двум – 9 лет, еще двум – 10 лет. Все дети обучались в начальной общеобразовательной школе № 611 г. Санкт-Петербурга.

Для диагностики простых и сложных сенсомоторных реакций использовалось компьютерное приложение, основой для создания которого послужила методика оценки функциональных свойств нервной системы Ю.А. Цагарелли [14]. Компьютерная технология обследования позволяет оценить различные показатели простого варианта реакции в ситуации выбора (ПР), сложного варианта реакции в ситуации выбора (СР), а также реакции на движущийся объект (РДО) [2]. В простом варианте ребенку необходимо реагировать на появляющийся в правом поле восприятия сигнал нажатием клавиши «J» правой рукой, при появлении сигнала в левом поле восприятия ребенку необходимо нажимать левой рукой клавишу «F». В данном случае оценивалось среднее время реакции (время ПР) правой и левой рук в мс.

В сложном варианте от испытуемого требуется перестраивать двигательный стереотип после условного сигнала: на сигнал, подаваемый в правом поле, необходимо реагировать нажатием левой рукой клавиши «F», а на сигнал, подаваемый в левом поле, – нажатием правой рукой клавиши «J». После повторного условного сигнала ребенок должен вернуться к первому двигательному стереотипу: при сигнале в правом поле нажимать правой рукой на клавишу «J», а при сигнале в левом поле – левой рукой на клавишу «F». В этом варианте методики оценивались следующие параметры: среднее время в мс (СР среднее), наблюдаемое при обоих двигательных стереотипах, время при перестроении двигательного стереотипа (СР при перестройке) и время при возвращении к первому двигательному

стереотипу (СР без перестройки). Помимо этого оценивалось количество ошибок, сделанных ребенком при выполнении этой пробы (СР ошибки).

При диагностике реакции на движущийся объект оценивается среднее время ошибки в мс (опережения или запаздывания реакции) при прохождении условным стимулом (в данном случае кругом) центра полосы длиной 57 мм (201 пиксель). В нашем исследовании условный стимул двигался со скоростью 90 пикселей в секунду. Центр полосы был отмечен вертикальной линией. При прохождении центра условным стимулом испытуемый должен был нажимать на клавишу «пробел».

Для исследования особенностей внимания (устойчивости концентрации и объема) использовались таблицы Шульте и методика Тулуз–Пьерона. Ребенку предъявлялись пять разных таблиц Шульте, оценивалось среднее время их выполнения [3; 12]. При проведении теста Тулуз–Пьерона фиксировались средние значения продуктивности (количество символов в минуту) и точности выполнения (процент ошибочных ответов) [18].

Кратковременная слухоречевая память оценивалась с помощью методики «10 слов» [3; 12]. Пациентам давались 4 попытки, чтобы запомнить слова; после каждой попытки они воспроизводили все запомненные слова. Спустя час они воспроизводили слова без предварительного повторения.

Для изучения мышления применялись методики «Метафоры», «Исключение лишних слов». Пациентам предлагались три метафоры, оценивалось количество правильных ответов. Результаты по методике «Исключение лишних слов» оценивались по пятибалльной шкале; подсчитывалось количество правильных ответов, а также анализировалось их качество: способность дать объяснение, подобрать родовое понятие.

Для нейропсихологической диагностики использовался стимульный материал из стандартной нейропсихологической батареи методик Е.Ю. Балашовой и М.С. Ковязиной [1].

Применялся также клинический метод, который включал наблюдение за поведением пациентов в условиях экспериментального исследования и в условиях стационара.

Для проверки достоверности различий полученных данных применялся непараметрический статистический критерий – *u*-критерий Манна–Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

В обеих группах левши отсутствовали, поэтому левшество не рассматривалось нами как фактор, могущий сказаться на результатах обследования.

Характеристики сенсомоторных реакций детей экспериментальной и контрольной групп отражены в табл. 1. Из таблицы видно, что достоверных статистических различий по показателям время ПР и среднее время СР у детей

контрольной и экспериментальной групп установлено не было. Время СР с перестройкой оказалось незначительно выше у детей экспериментальной группы, а время СР без перестройки было выше у детей контрольной группы. Разность между временем СР с перестройкой и СР без перестройки у детей экспериментальной и контрольной групп была неодинаковой. У детей экспериментальной группы она составила 27 мс, тогда как у детей контрольной группы – 100 мс. Вероятно, меньшая длительность СР при перестройке у детей экспериментальной группы связана с тем, что это задание они выполняли с меньшей точностью. Дети экспериментальной группы совершали достоверно больше ошибок в СР, чем их здоровые сверстники. Время ошибки в РДО было достоверно больше у детей экспериментальной группы. Полученные результаты согласуются с ранее опубликованными данными [2].

Таблица 1

Средние результаты функциональных характеристик ЦНС детей экспериментальной и контрольной групп

Вид испытания	Экспериментальная группа (ЭГ)	Контрольная группа (КГ)	U-критерий; уровень значимости
ПР, мс	364,4±48,7	421,9±72,2	U=15, p>0,05
СР (средняя), мс	560,0±194,9	528,0±21,4	U=13, p>0,05
СР при перестройке, мс	552,1±227,1	596,1±28,0	U=4, p≤0,05
СР без перестройки, мс	535,3±120,0	496,3±26,3	U=6, p≤0,05
СР ошибочные ответы	2,14±1,1	0,5±0,5	U=6, p≤0,05
РДО, мс	70,7±19,5	42,6±0,5	U=6, p≤0,05

Примечание: жирным шрифтом отмечены характеристики, при сравнении которых были установлены статистические различия.

Таким образом, дети экспериментальной группы испытывали сложности при выполнении заданий, требующих перестроений реакций. В особенности это проявлялось в возникающих трудностях торможения существующего двигательного стереотипа. Если ориентироваться на представления о построении движений, согласно которым в реализации сложных реакций в первую очередь участвует кортикальный уровень контроля, то показатели СР можно рассматривать как косвенную характеристику снижения функционального состояния коры головного мозга. Можно предположить, что сложности, возникающие у детей экспериментальной группы при перестроении двигательного стереотипа,

указывают на снижение функционального состояния коры головного мозга или на несформированность регуляторной фронто-таламической системы.

С другой стороны, сенсомоторные реакции опосредуются пространственно-временными представлениями [16]. Пространственно-временные представления наиболее задействованы при РДО, поскольку испытуемому необходимо оценивать такие характеристики, как расстояние, проходимое объектом, и скорость его движения. Вероятно, большее время ошибки в РДО у детей экспериментальной группы связано не только со снижением функционального состояния ЦНС, но и с недостаточной сформированностью пространственно-временных представлений.

Показатели памяти, внимания и мышления детей контрольной и экспериментальной групп приведены в табл. 2.

Таблица 2

Средние результаты функциональных характеристик ЦНС детей экспериментальной и контрольной групп

Методики	Экспериментальная группа (ЭГ)	Контрольная группа (КГ)	U-критерий; уровень значимости
Таблицы Шульте, с	81,4±16,1	58,6±4,2	U=6,0; p<0,05
Тест Тулуз-Пьерона (продуктивность), символы/мин	38,7±0,8	38,1±3,4	U=6,0; p<0,05
Тулуз-Пьерона (точность), %	2,9±3,3	0,9±0,6	U=6,0; p<0,05
Запоминание 10 слов	7,0±1,2	8,9±0,6	U=6,0; p<0,05
Отсроченное воспроизведение слов	7,0±1,2	9,6±0,5	U=1,5; p<0,05
Метафоры	2,3±0,8	2,9±0,4	U=15, 0; p>0,05
Исключение лишних слов	12,4±0,8	45,1±7,1	U=0,0; p<0,5

Примечание: жирным шрифтом отмечены характеристики, при сравнении которых были установлены статистические различия.

Дети экспериментальной группы достоверно медленнее выполняли счет по таблицам Шульте и делали больше ошибок при выполнении методики Тулуз-Пьерона, чем их здоровые сверстники, что указывает на снижение объема и

концентрации внимания у детей экспериментальной группы. Вместе с тем уровень работоспособности при умственных нагрузках у них оказался незначительно выше, чем у детей контрольной группы.

У детей экспериментальной группы объем кратковременной и долговременной памяти оказался ниже, чем у их здоровых сверстников. Снижение объема кратковременной памяти у детей экспериментальной группы, вероятно, связано с забыванием воспроизводимых в предыдущих повторениях слов. Подобная особенность кратковременной памяти была характерна для большинства детей экспериментальной группы.

У детей экспериментальной группы результаты, полученные по методике «Исключение лишних слов», были существенно ниже, чем у детей контрольной группы. У них также фиксировались трудности обобщения и недостаточный вербальный опыт. Вместе с тем достоверных различий между количеством объясненных метафор у детей двух групп установлено не было.

Приведенные данные соответствуют ранее опубликованным сведениям о несформированности когнитивных функций у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза [2].

После психологической диагностики были проведены коррекционные мероприятия. В работе использовались методы нейропсихологической коррекции, направленные на развитие зрительно-моторной координации, пространственного восприятия, пространственного анализа и синтеза, а также на формирование представлений о времени.

Первое занятие было направлено на формирование зрительно-моторной координации. На бланке расставлялись точки, которые ребенок должен был соединить ровными линиями от точки к точке. Сначала точки расставлялись примерно на расстоянии 4-х сантиметров, затем расстояние между точками увеличивалось до 20 см. На следующем этапе ребенку предлагался образец линии длиной 30 см; перед ребенком ставилась задача, ориентируясь на образец, нарисовать линии около 10 раз. В ходе работы психолог следил за постановкой руки ребенка, напряжением мышц руки, а также объяснял, каким образом следует координировать движения, либо сопровождал своей рукой руку ребенка, чтобы оптимизировать процесс формирования правильного двигательного навыка.

На втором занятии ребенку предъявлялись изображения, схожие с фигурами Тейлора и Рея–Остеррица. Ребенку предлагалось отыскивать различные геометрические фигуры (прямоугольники, треугольники, квадраты). После обсуждения рисунка и способов применения приобретенного на предыдущем занятии навыка прочерчивания линий ребенку предлагалось скопировать эти фигуры.

Целью третьего занятия было формирование у ребенка представлений о перспективе и навыков изображения объемных фигур. Предлагалось создать

рисунок, используя приобретенные навыки зрительно-конструктивной деятельности и полученные знания о перспективе. Чаще всего это были изображения улицы, аллеи, пейзажа. Процесс работы сопровождался беседой об интересных местах, в которых побывал ребенок, и о том, когда это происходило.

На следующих занятиях ребенок знакомился с представлениями о времени: обсуждались различные временные периоды, такие как год, время года, месяц, неделя, дни недели, сутки и их продолжительность, часы, минуты и т.д. Затем психолог просил ребенка по часам описать его вчерашний день. Это задание вызывало у детей существенные сложности. На развитие навыка формирования развернутой, последовательной логико-грамматической конструкции требовалось не менее двух занятий.

Проведение описанной коррекционной программы занимало от 5 до 8 занятий. После завершения коррекционной программы у детей эпизоды ночного энуреза проходили или снижались до минимума. У пациента с энкопрезом отмечалась «чистая» неделя. Следующий эпизод недержания кала произошел на выходных.

Программа, направленная на развитие познавательных процессов, неожиданно оказала положительное влияние на сферу межличностных отношений. Так, вышеупомянутый пациент с энкопрезом на приеме в понедельник после эпизода недержания кала на выходных смог сформулировать, что это произошло на фоне конфликта с матерью, приехавшей к нему в санаторий. Подобный эффект следует связывать с развитием временных представлений у ребенка.

К сожалению, в условиях работы в санатории, который находится за городом, у специалистов не всегда есть возможность встречаться с родителями. Из всех семи детей удалось поговорить лишь с бабушкой одного пациента. В беседе она отмечала, что в разговорах с отцом внук стал лучше формулировать свои мысли, рассказывать о том, как проводит время. Это положительно сказалось на отношениях отца к сыну. Бабушка отметила, что отец ранее считал его малоспособным, уделял ему недостаточно внимания, но на данный момент контакт между отцом и сыном существенно улучшился за счет развившихся у него на фоне психологической коррекции речевых навыков.

Заключение

На основании полученных данных можно говорить о том, что предложенный способ работы с пациентами с неврозоподобными энурезом и энкопрезом применим в практике медицинских психологов в качестве метода, направленного на снижение выраженности неврозоподобных проявлений. При этом важно отметить, что необходимы дальнейшие исследования эффективности данной программы нейропсихологической коррекции для детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза.

Описанный метод работы можно рассматривать как один из этапов комплексной помощи. Нами было показано, что нейропсихологическая коррекция, направленная на развитие высших психических функций, может оказывать

косвенное влияние на отношения ребенка с родителями. Так, развитие навыков формирования логико-грамматических конструкций с опорой на представления о пространстве и времени в одном случае положительно сказалось на общении ребенка с отцом. В другом случае ребенок стал осознавать связь между эпизодами энкопреза и конфликтами с матерью, что создало основу для дальнейшей семейной работы.

Очевидно, что в работе с пациентами психоневрологического профиля необходим комплексный подход, включающий в себя как индивидуальную психокоррекционную работу, так и семейное консультирование и участие в группах. Нейропсихологическую коррекцию и семейное консультирование можно в данном случае рассматривать в качестве двух этапов оказания психологической помощи детям с неврозоподобными энурезом и энкопрезом.

При психодиагностическом обследовании у всех детей экспериментальной группы наблюдались схожие особенности: наличие когнитивного дефицита разной степени выраженности, несформированность пространственно-временных понятий и навыка обозначения родовых понятий. В целом, эти нарушения являются типичными для детей с любыми другими неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза [3]. В данном случае особую значимость имела оценка функциональных показателей ЦНС.

У детей экспериментальной группы отмечались сложности в изменении двигательного стереотипа, увеличение ошибок в сложных реакциях, большее количество ошибок в реакциях на движущийся объект. Некоторые показатели сенсомоторных реакций были близки к тем, которые фиксировались у здоровых детей. Это дало основание предположить, что функциональное состояние ЦНС было достаточным для развития высших психических функций.

Вышесказанное позволяет заключить, что метод, описанный в настоящей статье, может быть эффективен для детей с неврозоподобными энурезом и энкопрезом. Наш опыт работы указывает на значимость выделения групп пациентов с неврозоподобными расстройствами на основании их клинических проявлений, уточнения их психодиагностических характеристик и применения психофизиологических диагностических методов. Подобный подход позволяет описывать и подбирать конкретные эффективные методы для работы с каждым пациентом, имеющим определенные клинические проявления, психологические и психофизиологические особенности.

Литература

1. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы. М.: Генезис. 2015. 18 листов с цветными и 52 ч/б изображениями.

2. Березкин Д.В. Функциональные характеристики центральной нервной системы и нарушения познавательных функций у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 2. С. 46–62. (Дата обращения 27.11.2016).

3. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев: Здоров'я. 1986. 280 с.

4. Иорданова Ю.А. Особенности поведенческого реагирования детей 7–10 лет с дефицитом внимания // Вестник Поморского университета. 2006. № 3. С. 68–72.

5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: (Руководство для врачей). М.: Медицина, 1995. 608 с.

6. Литвиненко О.В. Психологические и психофизиологические особенности внимания у здоровых детей и детей с синдромом дефицита внимания: автореф... канд. психол. наук. Р. н/Д., 2003. 22 с.

7. Малкова И. Органические поражения мозга у детей // Psihologie. 2009. № 1. С. 55–68.

8. Мачинская Р.И., Крупская Е.В. Созревание регуляторных структур мозга и организация внимания у детей младшего школьного возраста // Когнитивные исследования: сб. науч. трудов, вып. 2 / Под ред. В.Д. Соловьева, Т.В. Черниговской. М.: Ин-т психологии РАН, 2008. С. 32–48.

9. Новикова Г.Р. Нейропсихологическая характеристика высших психических функций у детей 6–9 лет с пограничными психическими расстройствами: автореф. ... канд. психол. наук. М., 2008. 23 с.

10. Подоплекин Д.Н. Распределение постоянных потенциалов головного мозга при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей-северян: автореф. ... канд. мед. наук. Архангельск, 2003. 20 с.

11. Пронина Л.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика психических расстройств у детей младшего и среднего школьного возраста: автореф. ... канд. мед. наук. М., 1995. 22 с.

12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. 448 с.

13. Семенович А.В., Цыганок А.А. Нейропсихологический подход к типологии онтогенеза // Нейропсихология сегодня / Под ред. Е.Д. Хомской. М.: изд-во МГУ, 1995. С. 170–183.

14. Цагарелли Ю.А. Системная психологическая диагностика на приборе «Активациометр». Казань: изд-во Казанского ун-та, 2008. 266 с.

Березкин Д.В. Диагностика и нейропсихологическая коррекция детей с неврозоподобными энурезом и энкопрезом
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 48–62.

*Bereskin, D.V. Diagnostics and Neuropsychological Correction of Children with Neurosis-Like Enuresis and Encopresis
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 48–62.*

15. Цветкова Л.С., Цветков А.В. Нейропсихологические синдромы несформированности высших психических функций у младших школьников с отклонениями в развитии психики // Вестник Московского университета. Психология. Сер. 14. 2009. № 2. С. 62–61.

16. Шутова С.В., Муравьева И.В. Сенсомоторные реакции как характеристика функционального состояния ЦНС // Вестник Тамбовского университета. 2013. Т. 18. № 5. С. 2831–2840.

17. Эверт Л.С., Потупчик Т.В., Крысенко Л.В., Паничева Е.С. Характеристика астенического синдрома у детей первого года обучения в школе // Российский педиатрический журнал. 2014. № 2. С. 37–40.

18. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций: Метод. Руководство. СПб.: ГП «ИМАТОН», 1997. 80 с.

19. *Kalff A.C., et al. Low- and high-level controlled processing in executive motor control tasks in 5-6-year-old children at risk of ADHD // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2003. Vol. 44. № 7. P. 1049–1057.*

20. *Shallice T., et al. Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder // Developmental Neuropsychology. 2002. Vol. 21. № 1. P. 43–71.*

Diagnosics and Neuropsychological Correction of Children with Neurosis-Like Enuresis and Encopresis

Bereskin, D.V.,

Ph.D. student, Chair of Clinical Psychology and Psychological Support, The Herzen State Pedagogical University; psychologist, Child Psychoneurological Sanatorium "Komarovo", Saint-Petersburg, Russia, berezkin.dm@yandex.ru

The experience of a work with a group of children with enuresis (six patients) and encopresis (one patient) both of residual-organic origin is analyzed in this article. Work included psychological diagnostic techniques and psychological correction. Psychological diagnostic evaluation was directed to the measurements of different characteristics of sensorimotor reactions, memory, attention and cognitive functions. Functional characteristics of the central nervous system in children with enuresis and encopresis were approximated to those recorded in their healthy peers, while the cognitive functions in present group of children were lower. Psychological correction has included neuropsychological methods, which were aimed at the development of: visual-motor coordination, spatio-temporal organization relations and logic constructions understanding. Based on children's and parent's self-reports and based on medical records also it can be assumed that proposed psychological correction can be effective in enuresis and encopresis in children with similar characteristics, which can be observed. The significance of the functional indices evaluation of the central nervous system by measuring various characteristics of sensorimotor reactions substantiate by results obtained.

Keywords: neuropsychological correction, borderline mental disorder, residual-organic genesis, enuresis, encopresis.

References

1. Balashova E.Ju., Kovyazina M.S. *Neiropsikhologicheskaya diagnostika. Klassicheskie stimul'nye materialy* [Neuropsychological diagnostics. Classical stimulus materials]. Moscow: Genezis. 2015. 18 pages with colored and 52 with black-white images.
2. Berezkin D.V. *Funkcional'nye harakteristiki central'no jnervnoj sistemy in arushenija poznavatel'nyh funkcij u detej s nevrozopodobnymi rasstrojstvami rezidual'no-*

organicheskogo geneza [Elektronnyj resurs] [The functional status of central nervous system and disturbances of cognitive functions of children with borderline mental disorder of residual organic genesis]. *Klinicheskaya i special'naya psichologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no. 2, pp. 46–62. (Accessed 27.11.2016).

3. Bleiher V.M., Kruk I.V. Patopsikhologicheskaya diagnostika [Pahtopsychological diagnostics]. Kiev: Zdorov'ye. 1986. 280 p.

4. Iordanova Ju.A. Osobennosti povedencheskogo reagirovaniya detei 7–10 let s defitsytom vnimaniya [Specifically behavioral reaction of 7–10 years old children with deficit of attention]. *Vestnik Pomorskogo universiteta: Ser. «Estestvennye I tochnyenauki» [Bulleting of Pomor State University: Ser. Natural and exact sciences]*, 2006, no. 3, pp. 68–72.

5. Kovalev V.V. Psikhatriya detskogo vozrasta: (Rukovodstvodya vrachei) [Psychiatry of children age: (doctor's manual)]. Moscow: Meditsyna, 1995. 608 p.

6. Litvinenko O.V. Psikhologicheskie I psikhofiziologicheskie osobennosti vnimaniya u zdorovyh detei I detej s sindromom defitsyta vnimaniya. Avtoref...kand. psikhol. Nauk [Psychological and psychophysiological characteristics of attention of healthy children and children with syndrome of attention deficit. PhD (psychology) thesis]. Rostov-na-Donu, 2003. 22 p.

7. Malkova I. Organicheskiye porazheniya mozga u detei [Children organic brain damage]. *Psichologiya [Psychology]*, 2009, no. 1, pp. 55–68.

8. Machinskaya R.I., Krupskaya E.V. Sozrevaniere gulyatornykh struktur mozga I organizatsyya vnimaniya u detei mladshogo shkol'nogo vozrasta [Brain regulatory structures maturation and attention organization of primary school age children]. In V.D. Solov'eva, T.V. Chernigovskaya (Eds.) *Kognitivnye issledovaniya: Sb. nauch. trudov, vyp. 2 [Cognitive research: collection of the science works, Iss.2]*. Moscow: publ. of Institut psihologii RAN publ., 2008, pp. 32–48.

9. Novikova G.R. Neyropsihologicheskaya harakteristika vysshih psichicheskikh funkciy u detey 6–9 let s pogranichnymi psichicheskimi rasstroystvami. Avtoref...kand. psihol. nauk [Neuropsychology characteristics heist higher psychical function of children 6–9 years old with borderline mental disorders: PhD (psychology) thesis]. Moscow, 2008. 23 p.

10. Podoplekin D.N. Raspredelenie postoyannykh potencialov golovnogogo mozga pri syndrome deficit vnimaniya s giperaktivnost'yu (SDVG) u detey-severyan. Avtoref ... kand. med. nauk. [Distribution of permanent brain potentials of children from the north having attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): PhD (psychology) thesis]. Arhangel'sk, 2003. 20 p.

11. Pronina L.A. Kliniko-epidemiologicheskaya harakteristika psichicheskikh rasstroystv u detey mladshogo i srednegoshkol'nogo vozrasta [Clinical and epidemiological characteristic of mental disorders of junior and secondary school children: PhD (psychology) thesis]. Moscow, 1995. 22 p.

12. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikhologii [Pathopsychological experimental methods]. Moscow: EKSMO-Press, 1999. 448 p.

13. Semenovich A.V., Tsyganok A.A. Nejropsihologicheskij podhod k tipologii ontogeneza [Neuropsychological approach to the typology of ontogenesis]. In E.D. Homskaiy (ed.) *Nejropsihologija segodnja [Neuropsychology Today]*. Moscow: Publ. of MGU, 1995. pp. 170–183.

14. Tsagarelli U.A. Sistemnaya psikhologicheskaya diagnostika napribore «Aktivatsyometr» [System psychological diagnostic with the «Activationmeter» device]. Kazan': publ. of Kazanskiy universitet, 2008. 266 p.

15. Tsvetkova L.S., Tsvetkov A.V. Neiropsihologicheskiye sindromy nesformirovannosti vysshykh psikhicheskikh funktsyi u mladshikh shkol'nikov s otkloneniyami v razvitiy psikhiki [Neuropsychological syndromes of higher psychical function immature of primary school age children with deviations of psychical development]. *Vestnik Moskovskogo universiteta: Ser. 14. Psikhologiya [Bulleting of Moscow State University. Ser. 14. Psychology]*, 2009, no. 2, pp. 62–61.

16. Shutova S.V., Murav'eva I.V. Sensomotornye reaktsyi kak kharakteristika funktsional'nogo sostojaniya CNS [Sensometrical reactions as characteristic of the CNS functionality status]. *Vestnik TGU [Bulleting of Tombov State University]*, 2013, vol. 18, no. 5, pp. 2831–2840.

17. Evert L.S., Potupchik T.V., Krysenko L.V., Panicheva E.S. Kharakteristika astenicheskogo sindroma u detei pervogo goda obucheniya v shkole [Characteristics of astenoneurotic syndrome of the first year of education children in School]. *Rossijskii pediatricheskii zhurnal [Russian Pediatric Journal]*, 2014, no. 2, pp. 37–40.

18. Yasyukova, L.A. Optimizatsya obucheniya i razvitiya detei s MMD. Diagnostika i kompensatsya minimal'nyh mozgovykh disfunktsyi: Metod. Rukovodstvo [Optimization of teaching and development of children with minimal brain dysfunction. diagnostics and compensation of minimal brain dysfunction. methodological manual]. Saint-Petersburg: Imaton, 1997. 80 p.

19. Kalff A.C., et al. Low- and high-level controlled processing in executive motor control tasks in 5-6-year-old children at risk of ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003, vol. 44, no. 7, pp. 1049–1057.

20. Shallice T., et al. Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 2002, vol. 21, no. 1, pp. 43–71.