

# Рюдигер Крех

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ  
СИНДРОМ

Мы можем констатировать, что в наши школы приходит все больше детей с особой судьбой; детей, которые ставят перед нами, педагогами и учителями, совершенно особые задачи.\* Духовно научный подход антропософии ведет нас к знанию о том, что болезнь нужно рассматривать в связи с общим развитием, а не считать ее лишь простым отклонением от нормы.

В журнале “*Erziehungskunst*” № 3/92 были представлены новые результаты исследования *Remschmidt, Blank u Rieger* из Марбургской университетской клиники. Исследовательская группа - как и многие другие до нее - видит причину гиперкинеза в нарушениях функций мозга и генетической предрасположенности. Если проследить за научной дискуссией о гиперкинезе, то интересен уже сам факт того, что попытка свести этот синдром к чисто телесным нарушениям почти ритмически повторяется, а именно всегда, когда попытки целостного способа объяснения ослабевают.

При обсуждении этой проблемы с родителями и учителями она предстает более дифференцированной, так как дети, ведущие себя дико или необычно, вызывают к конкретным терапевтическим мероприятиям воспитателей. Так что и это в буквальном смысле слова “бросающееся в глаза” поведение детей напоминает нам дальновидное требование Штайнера к врачу в учителе, к терапевтическим способностям в педагоге.

Поведение детей становится все более выделяющимся, необычным. *Signer (1988)* пишет, что сегодня около 30 процентов всех детей обнаруживают бросающееся в глаза поведение (*Verhaltensauffaelligkeit*). Мы отмечаем увеличение числа учеников с картинами болезни гиперкинеза, анорексии (истощения), крайней формой запущенности благосостояния, слабыми социальными связями и относительно рано появляющимся вызывающим поведением, которое чаще всего наблюдается, когда дети “имеют всё” в избытке, но никогда не ощущали, что они любимы.

То, что необычное поведение детей встречается все чаще, не удивительно, так как постоянно усиливающиеся потоки внешних раздражителей становится все труднее переработать. В особенности это касается детей, поскольку они не могут защитить себя от этого.

При наличии бросающегося в глаза поведения - и особенно при гиперкинезе - на педагога ложится особая ответственность, так как чаще всего однажды поставленный диагноз врача потом только подтверждается. Поэтому ниже я хотел бы дать обзор имеющихся подходов (*Ansatz*) к диагнозу и терапии, дабы усилить наметившийся образ этой болезни, верно названной “синдромом”. Затем мы обратимся к новому подходу.

### *Состояние исследования: попытки диагноза*

Вплоть до XX века необычность поведения, трудности воспитания и недостаточная способность к адаптации считались характерными недо-

---

\* Автор статьи - вальдорфский учитель и дипломированный ученый врач из г. Bielefeld/Bramsche.

статками, обусловленными природными задатками (anlagebedingte). *Villinger (1951)* выбрал понятие “псевдопатия”, чтобы выразить, что благодаря внешним повреждениям могут возникнуть те же (или похожие) психопатологические образы, как и при “характерных обусловленных задатками нарушениях”, которыми эти образы ошибочно объясняются.

После второй мировой войны преимущественно в США как реакция на чисто органическое объяснение нарушений поведения развилась основанная на идеях Фрейда психогенетическая теория. В то время как ранний Фрейд (1915) считал повреждением, вызывающим нарушения поведения, единичную или многократную психическую травму, сегодня специалисты всё больше склонны рассматривать длительное негативное влияние окружения как причиняющее вред. *Mead (1934)* видит человеческое Я как прямой результат подлинной или символической интеракции с социальным окружением. Середина 60-х годов позволила наблюдать, что не только нейропсихологические аспекты синдрома описываются все более дифференцированно (*Schmidt 1976*), но и столкновения гиперактивного ребенка с его социальным и семейным окружением становится центром научного интереса (*Müller-Küppers, Lempp, Schmidt*). Так *Spitz (1960)* ставит отношения матери и ребенка на первый план, где вряд ли какую-либо роль играют конкретные травматические переживания, а тем более кумулятивное действие бесконечно повторяющихся реакций. Так развивается двойственная попытка объяснения детского вызывающего поведения: оно интерпретируется, во-первых, как следствие приобретенных органических повреждений мозга, а во-вторых, как следствие неблагоприятного окружения.

Вопрос о взаимодействии между этими двумя типами реакций впервые поставил *Lempp (1970)*. Он исследовал частоту повреждений мозга, имевших место в раннем детстве у детей с нарушениями поведения. Высокий процент отмечен тогда не был, в противоположность исследованиям *Sieber (1978)*, констатировавшим уже 32 процента таких совпадений. Он включает в свои рассмотрения социографические (то есть локальные) и относящиеся к личности отличительные черты родителей. Очень важное соответствие между синдромом гиперактивности и принадлежностью к низким социальным слоям установил *Schlange (1975)*. *Studer (1973)* и *Hilber (1979)*, в свою очередь, больше внимания уделили родительскому окружению в психолого-социологическом аспекте. Они доказали, что родители мальчиков с легкими повреждениями мозга применяли совершенно иной стиль воспитания, нежели сравнительная группа родителей детей со здоровым мозгом. Исследованные мальчики характеризовали своих матерей как непонимающих, ограничивающих, мало поддерживающих их и редко могли предсказать материнскую реакцию.

Получается, что гиперактивность, гиперкинетический синдром - это не однозначно определенная картина болезни. В Соединенных Штатах Комитет, занимающийся разъяснением понятий, опубликовал в отчете департамента здоровья, образования и благосостояния (*Clements, 1966*) 38 различных понятий, конечно не одинаковой значимости и ценности. По-

нения “недостатков в обучении” и “минимальной церебральной дисфункции” (MCD), применяемые вместо “гиперактивности” или “гиперкинетического синдрома”, говорят о наличии различных подходов к проблеме.

### *Медицинские аспекты минимальной церебральной дисфункции (MCD)*

Причины MCD до сих пор не могли быть изучены достаточно хорошо. Однако необходимо принять во внимание следующий факт.

Детский мозг качественно отличается по структуре и функциям от мозга взрослого, так как его созревание к моменту рождения не заканчивается и в течение первого года жизни еще сохраняет эмбриональный характер. Поэтому морфологические и функциональные патологии его также иного рода. Это относится не только к острым состояниям, но и, возможно, еще в большей мере, к их хроническим последствиям (*Nissen 1977*). По этой причине и, поскольку детский мозг, очевидно, вследствие высокой пластичности, способен компенсировать недостатки, не существует однозначных соответствий между органическими нарушениями и их доступными познанию следствиями. Это доказывают также и эксперименты на животных (*Neuhäuser 1981*). Теперь в эту взаимосвязь включена и публикация *Hans Hassler в “Erziehungskunst” 3/92*. От поясняющих моделей цитированных здесь авторов остается ощущение попытки рассмотреть причины болезни гиперкинеза как обусловленные физиологически. Однако эти исследования не способны объяснить значительную частоту заболеваний мальчиков (примерно в 9 раз чаще, чем девочек). В любом случае, во всех этих теориях остается непонятным тот факт, что гиперкинез является временной болезнью, которая после 28 лет полностью исчезает.

Однако решающим является то, что через эти попытки нельзя объяснить растущее число заболевающих детей - факт, который беспокоит именно педагогов. Кроме того, интерес представляет частота заболеваний в различных культурах. Так, частота заболеваний в США сегодня составляет уже 10 процентов всех детей, что вдвое больше, чем у нас.

Теперь научные перспективы в области здоровья становятся все более важными. Они базируются на принципе, что болезнь нужно рассматривать внутри общего развития, а не считать ее отклонением от нормы. По этой причине в вопросе диагноза я присоединяюсь к направлению (*Ansatz*), в качестве основного представителя которой выступает *Eggert (1975)*.

Это направление в большей или меньшей степени отказывается от причинных точек зрения и их классификации. Вместо этого оно стремится с помощью различных описаний охватить многочисленные терапевтические подходы. Диагноз, отказывающийся от компонентов, вызывающих болезнь, нацелен больше не на определение дефектов, а на констатацию подлежащих изменению недостатков в развитии и обучении.

Давайте зафиксируем: симптоматика гиперкинетического синдрома описана во многих вариантах. Однако насчет следующих, в литературе ча-

сто называемых основными (ср. *Machemer 1974*), нарушений существует общее согласие: нарушения понимания форм (*Gestalterfassung*), сверхчувствительность к раздражителям, колебания поведения и успеваемости, слабость в обучении при нормальном интеллекте, моторное беспокойство.

### *Терапевтические подходы*

Отделение “терапии” от “педагогике” связано с большими трудностями (ср. *Bach 1980, Jantzen 1980, Wöhler 1980*). Несмотря на это, все снова и снова делается упор на необходимость такого разделения. Это тоже хорошо. Потому что каждый урок представляют себе, делают сеансом терапии! (Устанавливается), что вышеназванные теоретические модели, объясняющие гиперактивность, часто становятся руководством к действию и имеют практические результаты и значение.

Здесь появляется вопрос, что же это конкретно означает. Представьте себе, в случае с детьми с гиперкинезом мы исходим из того, что здесь - как всегда в подобных случаях - имеются нарушения функций головного мозга. Люди, живущие вместе с такими детьми, ведут себя совершенно иначе, чем если бы они исходили из того, что нарушения происходят оттого, например, что ребенок неправильно питается! Здесь я хотел бы привести два коротких примера.

Меня попросили посетить урок в 5 классе. Класс вел учитель, обладающий выдающимися педагогическими способностями. Он попросил меня обратить внимание на одну особенно тихую девочку. О том факте, что в классе есть еще и мальчик с признаками гиперкинеза, я узнал лишь позже, во время заключительной беседы. “Да, Рейнер всегда доставляет мне много хлопот, - сказал учитель. - Но здесь мало что можно сделать. У Рейнера небольшие повреждения функций мозга. Мы уже решили перевести его в специальный класс с небольшим количеством детей; но уже достаточно долго его дела не становятся хуже, поэтому я хочу попытаться оставить его”. - Второй пример: обрадованная воспитательница из детского сада рассказывала мне о беседе с родителями, в ходе которой были проговорены возможные причины гиперкинеза. Когда она начала говорить о ситуации с питанием, родители “загорелись” идеей “безогненной”= безфосфатной диеты. С тех пор вся семья в питании старается обходиться без фосфатов.

Не оценивая те или иные поступки, нужно все же четко и ясно сказать: разные способы объяснения имеют как следствие разные действия. Здесь становится ясной ответственность учителя, врача и ученого, которые рассматривают причину монокаузальности. Рассмотренные нами вкратце попытки объяснения уже не помогают большинству тех, к кому это относится.

Из теоретических конструктов развились психологически, социально-психологически и педагогически ориентированные попытки терапии.

При этом психотерапии, основанной на ориентации на понимание внутреннего состояния пациента (*Einsichtsorientierung*), не придается

большого значения (*Cantwell, 1975*). Под “ориентацией на понимание внутреннего состояния” имеется в виду, что проблема определяется (*verortet*) лишь у единственного затронутого ребенка. Далее, в процессе терапии ребенок противопоставляется своим поступкам. В обхождении с такими детьми бросается в глаза, что они - как это прекрасно охарактеризовал *Ruckgaber* при описании одного случая в статье в “*Erziehungskunst*” 3/92 - сначала делают, а потом думают. Конфронтация с поступками приводит чаще всего к тому, что таких детей глубоко затрагивает и печалит то, что они не могут быть “любимыми”, потому что снова “натворили нечто ужасное”. Однако это смущение может продолжаться лишь мгновение, так как затем снова извне приходит новый раздражитель, и они опять делают, не думая. “Односторонность” с ребенком в высшей степени способствует тому, что у него строится негативный собственный образ. Этот негативный собственный образ также является одним из вторичных симптомов, которые остаются, даже если заболевание впоследствии исчезает. Кроме того, было бы слишком поверхностным сводить болезнь к “носителю симптомов” (*Symptomträger*).

Семейная терапия ищет причину гиперкинеза не в заболевании ребенка в отдельности, а во всей семье. Все члены семьи рассматриваются во взаимосвязи с гиперкинетическим ребенком, то есть взаимозависимость индивидуального поведения в семье с другими родственниками ставится в центр терапии (*Brodkin, 1980*).

Была разработана также педагогическая терапия, которая рассматривает различные частные аспекты вызывающего поведения в школьной взаимосвязи. Исходя из предположения о “сверхстимуляции” *Quickshank (1961)* развил модель “структурированного преподавания”. Занавешиванием, маленькими помещениями и голыми стенами пытался он воспрепятствовать любой попытке ребенка отвлечься. *Zentall (1975)* выдвинул гипотезу, что не сверх-, а как раз недо-стимуляция приводит к гиперкинетическому синдрому, и стал оформлять свои большие классные комнаты по “модели оптимальной стимуляции” - сильными красками, популярными постерами и постоянно меняющимися функциональными областями.

*Neukäter u Goetze* развили дальнейшую бихевиаристскую терапевтическую модель (структурированная школоцентрированная модель преподавания, 1980). Эта, ориентированная на поведение ребенка терапевтическая модель вознаграждает каждый представленный успех ученика следующей игровой фазой.

Если объединить упомянутые попытки диагноза и терапии, то, прежде всего, можно установить, что познание болезни, основывающееся на базовых естественнонаучно-технических предположениях, ограничивается областью тела. Также не медицинская диагностика, в сущности, ограничивается констатацией отдельных факторов, таких, например, как окружение, школа, семья, не включая их, однако, во взаимоотношения друг с другом. Относительно подходов терапии нужно заметить, что она - подобно диагностике, с которой она связана - ограничивается частными областями возможных факторов окружающей среды гиперкинетического

синдрома, тем самым упуская из виду общую взаимосвязь. Так, например, семейная терапия при изучении причин синдрома и его лечении направляет свой взгляд исключительно на социальный контекст в семье, в то время как педагогические способы терапии концентрируются лишь в контексте школы.

Все это множество подходов можно, на мой взгляд, объяснить недостаточным исследованием причин гиперкинеза. Рассмотренные концепции вообще представляют собой изоляцию соответствующего им исследовательского контекста от их основного вопроса. Как раз теперь здесь может появиться новый подход: взгляд на проблему с точки зрения вальдорфской педагогики.

*Новый антропологический подход,  
основанный на антропософском базисе познания*

На основе научного подхода антропософии и желания не оставаться у симптомов болезни, но осветить также и ее духовный план, может быть сделана новая решающая попытка. В антропологическом мировоззрении (Ansatz), с моей точки зрения, речь должна идти о том, чтобы связать социальные науки (психологию, социальную психологию, социологию и педагогику) и медицину друг с другом, вывести отдельные дисциплины из изоляции и благодаря этому сделать возможным междисциплинарное исследование, равно как и вытекающие из него подходы терапии.

При этом медицине отдельно предстоит задача диагностировать симптомы болезни, не ограничивая, однако, исследование причин естественнонаучно-техническими взглядами. Это исследование возьмут на себя скорее гуманитарные науки, объединившись для этого с медициной и социальными дисциплинами. Социологии и, соответственно, социальной психологии надлежит уложить эти симптомы в общественные взаимосвязи. И, наконец, педагогика перерабатывает результат междисциплинарного исследования в концепцию терапии.

Из попытки гуманитарно-научного воззрения получаются выводы относительно определения предметов и проблем: например, диагностируемые врачами соматические патологии оказываются следствиями социально-научных фактов с соответствующими выводами для терапии.

*Литература:*

Bach, H.: Erziehung und Therapie: Probleme einer Abgrenzung unter gesellschaftlichem

Aspekt, in: Holtz, H. L.: Sonderpädagogik und Therapie, 9-19, 1980.

Brodkin, A.M.: Family Therapy, The making of a health movement, American Journal of Orthopsychiatry, 1980.

Cantwell, D. P.: A critical review of therapeutic modalities with hyperactive children,

in: D. P. Cantwell, The hyperactive child, Diagnosis, management, 1991, 173-189.

Clements, S. D.: Task force one: Minimal brain dysfunction in children. National Institute of neurological diseases and blindness, Monograph no.3, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1966.

Conrad, P.: Identifying hyperactive children, Lexington, 1976.

Cuickshank, W.M. et al: A teaching method for brain injured and hyperactive children, 1961.

Eggert, D.: Zur Psychodiagnostik geistiger Entwicklungsstörungen, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 3/1985,312-337.

Freud, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1915-17), Ges.Werke, Bd.II, 1969.

Goetze, H., Neukäter, H.: Strukturiert - Schülerzentrierter Unterricht in der Schule für Erziehungshilfe, in Holtz, K.-H. s.o.

Hilber, M.: Leicht hirngeschädigte Kinder und elterlicher Erziehungseinfluß, Bern 1979.

Jantzen, W.: Allgemeine Therapie und und spezielle Therapie in: Holtz, K.H., S. 19-28.

Kazdin, A.E.; Cole, P.M.: Attitudes and labeling biases toward behavior modification, Behavior Therapy 12/1981,56-68.

Lempp, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung, Bern 1972.

Machemer, P: Zum Problem der Diagnose leichter frühkindlicher Hirnschäden bei Kindern, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 23, 125-29, 1974.

Müller-Küppers, M.: Das leicht hirngeschädigte Kind, Stuttgart, 1969.

Neuhäuser, G.: Minimale cerebrale Dysfunktion, in: Der Nervenarzt, 52, 125-34, 1981.

Schlange, H. et al.: Frühkindliche Hirnschädigung und soziale Klasse, Mschr. Kinderheilkunde, 12,72-76,1975.

Schumacher, G.: Neues Lernen mit Verhaltensgestörten und Lernbehinderten - Der durchstrukturierte Klassenraum, Berlin 1975.

Sieber, M.: Das leicht hirngeschädigte und das psychoreaktiv gestörte Kind, Bern, 1978.

Signer, H.: Auffällige Kinder, wie man ihnen helfen kann, in: Schweizer Schule Kriens, 75,8/1988,13-18.



Spitz, R. A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehung, Beiheft Psyche, 1960.

Villinger, K.: Abnorme seelische Reaktionen im Kindesalter, Mschr. Kinderheilkunde 99/93-113,1951.

Williamson, G. et al.: The ecological treatment of hyperkinesis, Psychology in the schools, 17,1980,249-256.

Wöhler, K.: Sonderpädagogisches Wissen als Grundlage therapeutischen Handelns, in: Holtz, K.L. s.o. 38-47.

Zentall, S.: Optimal Stimulation as theoretical basis of hyperactivity, American Journal of Orthopsychiatry, 45, 1975,549-563.