

**Уровни возрастного
реагирования на
воздействие
«вредности»**

В. В. Ковалев (1979) дифференцирует возрастные уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков в ответ на различные вредности следующим образом:

- сомато-вегетативный (0—3 года);
- психомоторный (4—10 лет);
- аффективный (7—12 лет);
- эмоционально-идеаторный (12—16 лет).

Для каждого из этих уровней характерны свои преимущественные «возрастные» симптомы.

Для **сомато-вегетативного** уровня реагирования характерны повышенная общая и вегетативная возбудимость с нарушениями сна, аппетита, желудочно-кишечными расстройствами. Данный уровень реагирования является ведущим на раннем возрастном этапе вследствие его уже достаточной зрелости.

Психомоторный уровень реагирования включает преимущественно гипердинамические расстройства различного генеза: психомоторную возбудимость, тики, заикание. Данный уровень патологического реагирования обусловлен наиболее интенсивной дифференциацией корковых отделов двигательного анализатора (А. А. Волохов, 1965, цит. по В. В. Ковалеву, 1979).

Для **аффективного уровня** реагирования характерны синдромы и симптомы страхов, повышенной аффективной Возбудимости с явлениями негативизма и агрессии. При этиологическом полиморфизме этих расстройств на данном возрастном этапе все же значительно возрастает уровень психогений.

Эмоционально-идеаторный уровень реагирования является ведущим в преи особенно пубертатном возрасте. В патологии это прежде всего проявляется в так называемых «патологических реакциях пубертатного возраста» (Г. Е. Сухарева, 1959), включающих, с одной стороны, сверхценные увлечения и интересы (например, «синдром философической интоксикации»), с другой — сверхценные ипохондрические идеи, идеи мнимого уродства (дисморфофобия, в том числе нервная анорексия), психогенные реакции — протеста, оппозиции, эмансипации (А. Е. Личко, 1973, 1977, 1979; В. В. Ковалев, 1979) и т. д.

Преимущественная симптоматика каждого возрастного уровня реагирования не исключает симптомов предыдущих уровней, но отводит им, как правило, более периферическое место в картине дизонтогении. Преобладание же патологических форм реагирования, свойственных более младшему возрасту, свидетельствует о явлениях задержки психического развития (К. С. Лебединская, 1969; В. В. Ковалев, 1979 и др.).

При всей важности выделения отдельных уровней нервно-психического реагирования и последовательности их смены в онтогенезе необходимо учитывать известную условность такой периодизации, так как отдельные проявления нервно-психического реагирования не только сменяют и отодвигают друг друга, но на разных этапах сосуществуют в новых качествах, формируя новые типы клинико-психологической структуры нарушения. Так, например, роль сомато-вегетативных нарушений велика не только на уровне 0—3 лет, когда идет интенсивное формирование данной системы, но и в подростковом периоде, когда эта система претерпевает массивные изменения

Ряд патологических новообразований пубертатного возраста (основной уровень которых квалифицируется в рамках «идеаторно-эмоционального») связан и с расторможением влечений, в основе которых лежит дисфункция эндокринно-вегетативной системы. Далее, психомоторные расстройства могут занимать большое место в дизонтогенезе самого раннего возраста (нарушения развития статических, локомоторных функций). Интенсивные изменения психомоторного облика, как известно, характерны и для подросткового периода. Нарушения развития аффективной сферы имеют большое значение и в самом младшем возрасте. Особое место среди них занимают расстройства, связанные с эмоциональной депривацией, приводящие к различной степени задержки психического развития. В возрасте и до 7 лет в клинической картине различных заболеваний большое место занимают такие аффективные расстройства, как страхи. Наконец, разнообразные нарушения интеллектуального и речевого развития разной степени выраженности являются патологией, «сквозной» для большинства уровней развития.

Возрастные симптомы, отражая патологически измененную фазу развития, как известно, тем не менее всегда обладают и определенной клинической спецификой, характерной для заболевания, их вызвавшего. Так, страхи в дошкольном периоде являются возрастным симптомом, потому что они в определенной мере присущи и здоровому ребенку этого возраста. В патологии детского возраста страхи занимают одно из ведущих мест в становлении бредовых расстройств при шизофрении, связываются с нарушением сознания при эпилепсии, приобретают выраженный сверхценный характер при неврозах. То же касается и таких возрастных проявлений, как фантазии. Будучи неотъемлемой частью психической жизни нормального ребенка дошкольного возраста, в патологических случаях они принимают характер аутистических, вычурных, нелепых, стереотипных при шизофрении, тесно связаны с повышенными влечениями при эпилепсии, носят болезненный гиперкомпенсаторный характер при ряде неврозов, психопатиях и патологических развитиях личности.

Изучение возрастных симптомов, лежащих на стыке между симптомами болезни и дизонтогенеза, может дать ценные результаты для исследования ряда закономерностей аномалий развития. Однако эта область до настоящего времени в психологическом плане практически почти не исследована. Таким образом, в детском возрасте взаимоотношения между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза могут быть представлены следующим образом: негативные симптомы болезни в значительной мере определяют специфику и тяжесть дизонтогенеза; продуктивные симптомы, менее специфичные для дизонтогенеза, все же оказывают общее тормозящее воздействие на психическое развитие больного ребенка; «возрастные» симптомы являются пограничными между продуктивными симптомами болезни и самими явлениями дизонтогенеза.

1. **Сомато-
вегетативный**
(0 — 3 лет).

Для этого уровня характерны: повышенная общая и вегетативная возбудимость с нарушением сна, аппетита, желудочно-кишечными расстройствами. В этом возрасте этот уровень является ведущим.

2.
Психомоторный (4-10 лет).

В этом возрасте идет интенсивная дифференциация корковых отделов двигательного анализатора.
Характерны гипердинамические расстройства различного генеза: психомоторная возбудимость, тики, заикание. Проявления гиперактивности.

3. **Аффективный** (7 - 12 лет).

Характерны: синдромы и симптомы страхов, повышенная аффективная возбудимость с явлениями негативизма и агрессии.

4. **Эмоционально-
идеаторный**
(12 - 16 лет)

Этот уровень проявляется в «патологических реакциях пубертатного возраста» (Г.Е.Сухарева). Она выделила: сверхценные увлечения и интересы (например, «синдром философической интоксикации»), то есть подростки начинают активно интересоваться философскими проблемами. Кроме того, сверхценные ипохондрические идеи, идеи мнимого уродства (дисморфофобия, в том числе нервная анорексия), психогенные реакции – протеста, оппозиции, эмансипации.