

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Общие представления о клинической психологии	
детей и подростков.....	5
История детской клинической психологии.....	5
Структура детской клинической психологии и ее междисциплинарные связи.....	9
Краткая характеристика основных разделов клинической психологии детей и подростков.....	11
Предмет и содержание клинической психологии детского и подросткового возраста, базовые понятия.....	13
Глава 2. Проблема нормы и патологии психического развития.....	16
Основные подходы к пониманию проблемы «норма — патология».....	16
Критерии и условия нормального развития в оценке психического здоровья.....	18
Возрастная специфика проявления расстройств психического здоровья.....	30
Глава 3. Учение об общих закономерностях	
нарушенного развития (дизонтогенеза).....	33
Сущность феномена нарушенного развития.....	33
Структура нарушенного развития.....	35
Причины нарушенного развития.....	39
Классификации нарушенного развития.....	42
Клинико-психологическая характеристика психического недоразвития.....	47
Клинико-психологическая характеристика задержанного психического развития.....	52
Клинико-психологическая характеристика поврежденного психического развития.....	57
Клинико-психологическая характеристика искаженного психического развития.....	61
Клинико-психологическая характеристика дефицитарного психического развития.....	65
Клинико-психологическая характеристика дисгармонического психического развития.....	76
Рекомендуемая литература.....	85

Введение

Клиническая психология является одной из ведущих областей современной психологии, которая характеризуется тесной связью развития фундаментальных теоретических основ с их прикладным внедрением и активным практическим использованием в решении широкого круга задач охраны и укрепления здоровья населения.

Клиническая психология детей и подростков представляет собой часть клинической психологии и является междисциплинарной областью знаний и практической деятельности.

Анализируя показатели инвалидизации детей и подростков, следует отметить устойчивую тенденцию увеличения числа инвалидов среди детей и подростков в возрасте от 0 до 17 лет. Практически все эти дети нуждаются во всех видах помощи, осуществляемой клиническими психологами. Потребность в помощи специалистов-детских клинических психологов является устойчиво высокой.

Клинические психологи, работающие с детьми и подростками с нарушенным развитием, ограниченными возможностями здоровья и пограничными состояниями, должны осуществлять следующие виды практической деятельности: диагностическую, коррекционную, экспертную, психотерапевтическую, а также восстановительное обучение. Все виды деятельности имеют неодинаковое значение (удельный вес, процент в работе клинического психолога).

Область научно-практической деятельности «Клиническая психология детей и подростков» в настоящее время является интенсивно разрабатываемой и востребованной в системе здравоохранения, образования и социальной защиты.

ГЛАВА 1.

ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

История детской клинической психологии

Клиническая психология детей и подростков представляет собой часть клинической психологии и является междисциплинарной областью знаний и практической деятельности. Дети с аномальным развитием рождались во все времена. Уровень их адаптации и сама возможность жить были связаны с конкретными историческими условиями, а также с уровнем гуманности общества и его экономическим развитием. Возможность выживания таких детей стала более вероятной в начале XIX в., что связано с развитием медицины, и в частности психиатрии. Термин «детская клиническая психология» появился относительно недавно, ближе к середине XX в. Развитие этой области тесно связано с формированием детской психиатрии и дефектологии.

В конце XVIII в. были выделены нарушения развития в связи с сенсорной патологией (слепота, глухота), а к началу XIX в. единственной формой психической патологии у детей считалась умственная отсталость. Автором одного из первых научных трудов об умственной отсталости (1839) был известный французский психиатр Ж. Э. Д. Эскироль (Jean-Etienne Dominique Esquirol, 1772—1840). В основу классификации умственной отсталости он положил уровень развития речи. Клиническая оценка детей была недостаточной для их дальнейшего развития и обучения.

Требовались особые условия воспитания и образования. Среди специалистов, обеспечивших средства диагностики и развития, следует выделить Ж.Итара (Jean-Marc-Gaspard Itar, 1775—1838) и Э.Сегена (Edward Seguin, 1812—1881), чьи разработки используются в работе психологов и дефектологов с аномальными детьми и в настоящее время. На следующем этапе больших успехов в диагностике количественных отклонений развития и обучении добились А. Бине (Alfred Binet, 1857—1911) и М.Монтессори (Maria Montessori, 1870—1952). Шкала Стенфорд—Бине была рассчитана на детей в возрасте от 2,5 до 18 лет. Она состояла из заданий разной трудности, сгруппированных по возрастным критериям.

Развитие нозологического подхода в психиатрии, связанное с именем Э.Крепелина (Emil Kraepelin, 1856—1926), поставило вопрос о возможности существования у детей таких же психических болезней, как у взрослых: шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивного психоза, неврозов, психопатий. Подтверждение требовало специальных исследований. Развитие анатомии и неврологии высветило проблемы органического поражения центральной нервной системы и их последствий для развития ребенка.

Интерес к детству как источнику психического неблагополучия

взрослых возник с работами З.Фрейда (Sigmund Freud, 1856—1939). Примерно в это же время отечественный ученый В.М.Бехтерев (1857—1927) писал о значении морфофункциональных нарушений и, как сейчас бы назвали, нарушений социально-психологических параметров для нормального развития младенца.

Детский психоанализ также внес свою лепту в становление детской клинической психологии (А.Фрейд, 1895—1982; М.Кляйн (Melanie Klein), 1882—1960). Развитие психологии, в первую очередь детской психологии, поставило вопрос о законах развития в норме и при разных вариантах патологии. Эта проблема рассматривалась такими учеными, как С.Холл (Stanley Hall, 1844—1924), В.Штерн (Willia Stern, 1871—1938), Г. Я.Трошин (1874—1939), Н.И.Озерецкий (1893—1955), Ж.Пиаже (Jean Piaget, 1896—1980), Л.С.Выготский (1896—1934), Ш. Бюлер (Charlotte Bühler, 1893—1974) и др.

Детская психология и педология как науки о ребенке внесли большой вклад в решение основных задач изучения разных вариантов аномального развития. Педология дала инструмент для количественной оценки психомоторного и интеллектуального развития ребенка при решении вопроса об образовательной стратегии: шкала Бине—Симона (Theodore Simon, 1873—1961), шкала Озерецкого (1926) и др.

Задачи специалистов на ранних этапах становления клинической психологии детей и подростков — диагностика нарушений и количественная оценка степени их выраженности. Наряду с этим стояли вопросы воспитания, обучения, курирования и лечения аномальных детей и подростков. Кроме того, большое значение придавалось изучению этиологии нарушений развития, а также общим закономерностям нарушенного развития. Интересно проследить развитие детской клинической психологии в России. В 1906 г. Г.Я.Трошин создал первую в России школу-лечебницу для детей с отклонениями в развитии, разрабатывал систему воспитания детей с аномальным развитием.

Г.Я.Трошин — автор подхода к анализу психического развития аномального ребенка с опорой на сопоставление психического развития нормально развивающихся детей и детей с отклонениями. Сопоставление закономерностей психического развития детей в норме и патологии позволило Г.Я.Трошину утверждать, что патологическое развитие не является полностью специфическим, а представляет собой отклонение от нормы, следовательно, в медико-педагогической помощи детям с отклонениями следует ориентироваться на компенсаторные возможности ребенка, а не на дефект, стараться довести психическое развитие ребенка до уровня нормы.

Сторонники естественно-научного направления в развитии отечественной психологии (А.П.Нечаев, Н.Е.Румянцев, Г.И.Россолимо и др.) способствовали распространению идей тестирования, следуя своим западным коллегам и нередко возлагая на тесты большие надежды. Работы по

психологическому тестированию в России до 1917 г. были связаны более всего с именами выдающихся психиатров и психологов Г.И. Россолимо (1908— шкала «Психологические профили Г.И.Россолимо») и Ф.Е.Рыбакова (1910 — «Атлас для экспериментально-психологического исследования личности»). Г.И.Россолимо (1860—1928), конструируя тест, шел не эмпирическим путем, а разработал систему теоретических представлений о структуре личности и интеллекта. Ф.Е.Рыбаков (1868—1920) является одним из основателей отечественной экспериментальной клинической психологии.

В отечественной психологии в отношении работы с аномальными детьми возникли большие трудности после известного постановления «О педологических извращениях в системе Наркомпроса» (1936). Все количественные методы оценки развития оказались под запретом, также были уничтожены наработки по воспитанию и обучению аномальных детей. Отбор детей в специализированные школы стал проводиться психиатрами, а не педологами или психологами. Такое положение дел определило развитие психологии аномального ребенка в сторону углубленной разработки методов качественного анализа нарушенного онтогенеза. Однако уже в послевоенное время активно развивается дефектология, изучается умственная отсталость, немного позже начинают изучать генетические и наследственные формы психической патологии и умственной отсталости. В 1950-е гг. опять начинает формироваться системный подход к работе с аномальным ребенком, изучаются, прежде всего, различные формы умственной отсталости, а также другие варианты нарушенного развития (С.Я.Рубинштейн, М.С.Певзнер, Г.Е.Сухарева и др.).

В 1930—1940-е гг. за рубежом были хорошо разработаны методы для совместной работы психологов, дефектологов, психиатров и неврологов при проведении оценки психического состояния и прогноза развития и обучения аномальных детей и подростков. Это касалось умственной отсталости, психической патологии, невротических расстройств (В.Штерн, Ш.Бюлер, Ж.Пиаже и др.).

В это же время большой интерес вызвали нарушения развития детей и подростков в условиях депривации (от З.Фрейда и Р.Спица к Дж.Боулби). Новый всплеск интереса к аномальному развитию можно отметить в 1950—1970-е гг. На первый план вышли другие нарушения развития, вызванные появлением новых форм патологии в связи с цивилизационными изменениями (рост городского населения, улучшение медицинского обслуживания, новый уровень технического прогресса). Кроме того, выхаживание младенцев с различной врожденной патологией (недоношенность, врожденные пороки развития, состояния после патологически протекающей беременности и родов) также способствовало возникновению значительного количества мало встречающихся ранее или новых видов патологии развития. Это привело к новым требованиям к диспансеризации и диагностике, к необходимости отдельного и специализированного обучения нормальных и аномальных детей.

В 1960-е гг. и позднее были выделены новые формы нарушенного развития в виде минимальных мозговых дисфункций (ММД) (год появления термина VVL — 1962), а позже — синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (год появления термина СДВГ — 1987). Задержанное развитие стало рассматриваться более дифференцированно, так же как и другие формы отклонений (недоразвитие, аутизм, психопатии, невропатии, нарушения аффективного развития, психосоматические расстройства и т.п.).

Серьезное внимание уделяется влиянию семейных взаимоотношений на развитие патологических черт, изучается динамика функционирования семьи, имеющей больного ребенка.

Одновременно на психологию аномального развития оказывало влияние развитие генетики и нейронаук. Появились новые направления диагностики— верификация генетической патологии, применение нейрофизиологических и нейропсихологических методов. Возникает вопрос о взаимодействии болезни и продолжающегося развития, возможные варианты такого взаимодействия могут выступать в виде дефицита, дефекта и дизонтогенеза.

Значение приобретают установление структуры дефекта, выделение типов дизонтогенеза и факторов его определяющих. Внимание специалистов привлекают проблемы возможностей компенсации дефекта, коррекции нарушенного развития и реабилитации (К.С.Лебединская, М.С.Певзнер, Л.С.Цветкова, Т.В.Ахутина, Д.Н.Исаев, И.И.Мамайчук, И.Ю.Левченко и др.).

В 1980—1990-е гг. встал со всей остротой вопрос о социализации аномальных детей и подростков. Введение МКБ-10 внесло свои коррективы в диагностику и последующее курирование аномальных детей и подростков.

Введена шкала нарушений развития (первазивных расстройств), изменены параметры оценки основных нозологических форм для детского и подросткового возраста. Улучшение аппаратной диагностики нарушений, развитие генетики, нейронаук и психологии привели к выделению большего количества патологических вариантов развития, связанных с разными этиологическими факторами. Гуманизация общества, развитие социальной педагогики потребовали новых форм сопровождения аномальных детей. В связи с этим актуальными стали вопросы инклюзивного (интегративного) образования.

В настоящее время глобализация, усиление роли средств массовой информации, развитие дистанционных форм обучения и средств коммуникации, уменьшение реального общения детей с родителями и детей между собой привели к созданию новой социальной ситуации развития и изменению традиционного психического развития ребенка. Современное общество предъявляет к ребенку новые требования по усвоению и переработке информации (когнитивной и социальной), в том числе и в «облегченном» или, напротив, «усложненном» варианте. Это приводит к существенному изменению нагрузки на когнитивную сферу. Как показывает клинический опыт, адаптация к этим условиям может быть различной, в том

числе и патологической. Неуспешность когнитивной адаптации (в том числе трудности обучения) может приводить к усилению уже имеющейся патологии психики или способствовать возникновению новых форм нарушенного развития, например, усиление развития познавательной сферы с одновременной инфантилизацией, или, напротив, снижение возможностей работы в наглядно-действенном плане (отдельно — изменение символической функции).

Дополнительно к социокультурным факторам, меняющим картину заболевания, с 1950-х гг. активно действует фактор психофармакологический, применяются новые способы лечения нервно-психической патологии с использованием психофармакологических лекарственных средств, что ведет к изменению клинических форм психических заболеваний. Вместе с другими социокультурными факторами этот фактор приводит к еще большему разнообразию проявлений симптомов и синдромов нарушенного развития.

Структура детской клинической психологии и ее междисциплинарные связи

Наиболее тесно клиническая психология детей и подростков связана с психологией аномального развития и специальной психологией. Будучи отраслью клинической (медицинской) психологии детская клиническая психология имеет следующую структуру:

- учение об общих закономерностях нарушенного развития (дизонтогенеза);
- детская нейропсихология (изучение органического повреждения мозга в детском возрасте, дифференциальная детская нейропсихология);
- детская патопсихология (изучение вариантов аномального развития, вызванного психической патологией);
- психосоматика детей и подростков (изучение психологии детей и подростков с тяжелыми соматическими заболеваниями, изучение специфики психосоматических расстройств в детском и подростковом возрасте);
- психотерапия и психологическая коррекция при нарушенном развитии.

Детская клиническая психология тесно связана с психологией девиантного поведения детей и подростков, психологией образования (трудности школьного обучения), семейной психологией и т.п. Клиническая психология детей и подростков базируется на знаниях из области общей, клинической и детской (возрастной) психологии, психологии образования, дефектологии, она также тесно связана с медициной (психиатрией, неврологией), биологией (анатомия, физиология ЦНС, генетика), социологией, юриспруденцией и другими областями гуманитарного и естественнонаучного знания.

Детская клиническая психология (клиническая психология детей и подростков) имеет тесные связи со следующими научно-практическими областями:

- Биология (генетика, анатомия, физиология) — представляет естественно- научную базу для клинической психологии детей и подростков.

- Медицина и ее отрасли (психиатрия, неврология, соматическая медицина, педиатрия, наркология, профилактика) — основные «партнеры» по научно-практической работе. Они отражают совместное изучение отдельных видов болезней (нервно-психических, соматических, наследственных), дают анализ клинических проявлений, этиологии и динамики заболеваний, расширяют представление об аномальном развитии в связи с болезнью.

- Психология (общая, возрастная, социальная, специальная, клиническая, психология здоровья, юридическая) — дает представление об общих законах психической деятельности и психического развития и их нарушениях. Взаимно обогащаются терминология, средства диагностики, методы работы.

- Психология образования — подготовка квалифицированных специалистов для работы в области образования с учетом особых образовательных потребностей у детей с нарушенным развитием, вопросы инклюзивного образования.

- Педагогика (коррекционная и лечебная педагогика, дефектология, логопедия) — разработка совместных программ психолого-педагогического сопровождения детей с нарушенным развитием и с особыми образовательными потребностями, совместная практическая работа в психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК).

- Социология — ориентация на законы общества по отношению к детям с особым развитием, возможность преодоления стигматизации, гуманизация общества, совершенствование форм социальной поддержки и социальной защиты.

- Юриспруденция — законы о соблюдении прав ребенка с нормальным и аномальным развитием, вопросы ювенальной юстиции.

- Клиническая психология детей и подростков занимает смежное положение с психологией и медициной, а также имеет тесные связи с другими областями знаний. Очевидно, что комплексный подход разных специалистов к проблемам ребенка и подростка с нарушенным развитием, особым состоянием здоровья, дает максимально эффективное разрешение многих вопросов. Следует отметить, что и сама клиническая психология детей и подростков как современный раздел клинической психологии имеет свою структуру.

Краткая характеристика основных разделов клинической психологии детей и подростков

Теоретическим основанием клинической психологии детей и подростков является учение об общих закономерностях нарушенного развития.

1. *Ίαδότης παθολογίας* *αισθησιακή* *επιπέδου* *ανάπτυξης* *και* *αποκατάστασης* *της* *ψυχικής* *ανάπτυξης* *των* *παιδιών* *και* *εφήβων* представляет собой часть общей патопсихологии, в отечественной практике неразрывно связана с именами Б.В.Зейгарник и С.Я.Рубинштейна, В.В.Лебединского. Предметом детской патопсихологии являются закономерности нарушенного психического развития у детей в связи с наличием душевных заболеваний, патологии мозга и особых условий развития. Теоретические проблемы патопсихологии детского возраста связаны с вопросами соотношения биологического и социального в психике человека, нормы и патологии, развития и распада психики и др.

Практическими задачами детской патопсихологии являются диагностика уровня развития, квалификация видов дизонтогенеза, решение экспертных вопросов, в частности, в связи с проблемой школьного обучения, профилактика нарушений в детском возрасте, работа с семьей и психологическая коррекция, абилитация и реабилитация детей и подростков с нарушенным развитием.

В детской патопсихологии особое внимание уделяется изучению возрастнo-специфических видов отклонений развития, психологическим характеристикам отдельных форм психических расстройств в детском возрасте, методам работы и областям применения патопсихологической диагностики и коррекции в детском и подростковом возрасте. Разрабатываются подходы к анализу патологических факторов ситуации развития ребенка (по данным истории болезни или другим анамнестическим источникам).

2. *Αποκατάσταση* *της* *ψυχικής* *ανάπτυξης* *των* *παιδιών* *και* *εφήβων* представляет собой часть нейропсихологии, изучающей мозговые механизмы высших психических функций и эмоционально-личностной сферы. Теоретическую основу нейропсихологии составляет представление о том, что все психические процессы имеют сложное многокомпонентное строение и опираются на работу многих мозговых структур, каждая из которых вносит свой специфический вклад в их протекание.

В детской нейропсихологии при изучении взаимосвязи формирования высших психических функций и созревания нервной системы опорными являются те же основные принципы, разработанные в школе Л.С.Выготского—А.Р.Лурия, что и в нейропсихологии вообще. Базовым является представление о высших психических функциях и их системной динамической локализации. Существенное отличие детской нейропсихологии от взрослой связано с тем, что высшие психические функции (прижизненно формирующиеся) находятся в развитии на основе

созревания ЦНС. Детский мозг отличается высокой пластичностью, позволяющей преодолевать и компенсировать разнообразные отклонения в его работе.

Детские нейропсихологи изучают мозговую локализацию высших психических функций в возрастном аспекте, специфику расстройств при органических повреждениях и других нарушениях работы мозга в детском возрасте. Нейропсихологический подход позволяет изучать индивидуальные варианты развития в детском возрасте в связи со спецификой созревания мозга и особенностями его структурно-функциональной организации. Метод синдромного анализа является одним из наиболее успешных при решении задач диагностики и коррекции детей с отклонениями в развитии и позволяет наиболее эффективно оценить уровень актуального развития ребенка.

Использование любого метода, направленного на диагностику отклонений в развитии, требует знания особенностей выполнения проб здоровыми детьми того же возраста. Понимание закономерностей нормального нейроонтогенеза также позволяет не только количественно, но и качественно проанализировать особенности нейропсихологического статуса детей с нарушениями развития. Знание особенностей нейропсихологического статуса детей с разными вариантами текущей и резидуально-органической патологии обеспечивает возможность оптимального выбора коррекционных и психотерапевтических техник.

3. *Áððñéàÿ ïñèðññìàððèèà* возникла как область клинической психологии и общей психосоматики относительно недавно. Она дает представление о работе психолога в соматической клинике.

Основные задачи детской психосоматики: диагностика психологических особенностей больного ребенка, влияние болезни на развитие психики ребенка. В рамках детской психосоматики освещаются и развиваются следующие проблемы: развитие телесности в онтогенезе, роль социальных факторов в генезе детских психосоматических заболеваний, формирование понятий «внутренняя картина болезни» и «внутренняя картина здоровья» на различных возрастных этапах, влияние детско-родительских отношений на течение заболевания, феномен госпитализма и пути его преодоления.

В детской психосоматике можно условно выделить направления диагностической, коррекционной и реабилитационной работы в педиатрическом, хирургическом и онкологическом и других стационарах. Значимым направлением работы является оказание психологической помощи семьям больных детей.

4. *Ïñèðññìàððèèà-áñéàÿ èìððáéðèÿ è ïñèðññìàððèèà* в течение многих лет обращена в сторону семьи, в том числе семьи, имеющей ребенка с особыми характеристиками. В рамках детской клинической психологии применяется значительное число современных психокоррекционных технологий и психотерапевтических подходов.

Предмет и содержание клинической психологии детского и подросткового возраста, базовые понятия

Предметом клинической психологии детей и подростков являются закономерности нарушенного развития (дизонтогенеза), вызванного органической патологией (центральной нервной системы и соматической), психическими расстройствами, заболеваниями, нарушениями условий созревания и воспитания.

Патологическое развитие сопоставляется с нормативным, считается, что основные законы развития в норме и при патологии являются сходными, но имеют своеобразие (Г.Я.Трошин, Л.С.Выготский и др.).

Основное содержание работы специалистов детской клинической психологии связано с диагностикой отклоняющегося развития, психологической квалификацией, участием в комплексной постановке клинического диагноза, оказанием помощи в лечебных мероприятиях (разработка вариантов психолого-педагогического сопровождения, коррекционных и реабилитационных мероприятий) и в динамической диагностике состояния. Значительный объем работы связан с диагностикой уровня психического развития ребенка и его оценкой в соответствии с нормой развития.

Самостоятельная часть работы связана с установлением возможностей обучения ребенка (определение программ, форм и условий обучения).

Отдельный пласт деятельности составляет оценка и коррекция детско-родительских и родительско-детских отношений, а также комплексная работа с семьей по преодолению стресса, связанного с болезнью ребенка, с сохранением качества жизни всех членов семьи и т.п. Очевидно, что потребность в помощи специалистов-психологов является устойчиво высокой. Если обратиться к показателям инвалидизации детей и подростков в России за последнее десятилетие (Макушкин, 2011), то картина та же, количество инвалидов не уменьшается и, соответственно, число специалистов, работающих с ними, устойчиво высокое.

Анализируя показатели инвалидизации детей и подростков, следует отметить устойчивую тенденцию увеличения числа инвалидов среди детей и подростков в возрасте от 0 до 17 лет. Практически все эти дети нуждаются в клинико-психолого-педагогическом сопровождении, а также других видах помощи, осуществляемой клиническими психологами.

Клинические психологи, работающие с детьми и подростками с нарушенным развитием, ограниченными возможностями здоровья и пограничными состояниями, должны осуществлять следующие виды практической деятельности: диагностическую, коррекционную, экспертную, психотерапевтическую, а также восстановительное обучение. Все виды деятельности имеют неодинаковое значение (удельный вес, процент в работе клинического психолога).

Кратко раскроем основные виды практической деятельности (типы задач), которые осуществляет специалист в области клинической психологии детей и подростков:

- клинико-диагностическая — это выявление и описание структуры дефекта; конкретные формы зависят от использования диагностических методик;
- коррекционная — это система мер психологической помощи, направленная на улучшение протекания отдельных психических функций или их структурных элементов, обеспечивающих поведение (например, обучение определенным социальным навыкам и т.д.) и обучение детей и подростков с проблемами (концентрация внимания, объем памяти и т.п.);
- экспертная — это оценка уровня развития ребенка с помощью качественного и количественного анализа и с применением соответствующих методик (клинических, проективных, психометрических и т.п.);
- консультативная — это консультирование детей и их родителей по проблемам развития ребенка, коррекции выявленных нарушений и психотерапевтической поддержки, поддержка и консультирование семьи;
- психотерапевтическая — это участие в психотерапевтических сеансах, кратковременных и долговременных, с детьми и подростками и их семьей и окружением;
- деятельность сопровождения — психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушенным развитием, ограниченными возможностями здоровья и детей с особыми образовательными потребностями.

В клинической психологии детей и подростков применяется психологический понятийный аппарат. Выделяют 2 группы:

1) общепсихологические понятия отражают родство данной дисциплины с психологической наукой в целом: «психическая деятельность», «сознание», «личность», «мотив», «смысловая сфера», «образ», значение», «операция», «интериоризация», «речевое опосредование», и др.

2) специально-психологические категории или термины из смежных дисциплин: «дизонтогенез», «системные отклонения», «ретардация», «компенсация», «коррекция», «реабилитация», «интеграция», «асинхрония», «регресс», «депривация» и т.д.

Ίδιαιτήτως — развитие в течение жизни, дизонтогенез — нарушенное развитие, которое может иметь очерченные рамки, а может продолжаться в течение всей жизни.

Понятие «*ἀνίκανη ἀνάπτυξη*» (от греч. *anomalos* — неправильный) может употребляться в широком и узком смысле. В широком смысле это любое отклоняющееся от нормативного развитие, т.е. все варианты

отклоняющегося развития (в том числе и с ретардацией и с акселерацией). В узком смысле это болезненное по происхождению (генетическая патология, органическая патология и т.д.), ведущее к дезадаптации отклонение в развитии. В целом к аномальным относятся дети, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению общего развития, в том числе и психического.

Defectus (лат. defectus — недостаток) с точки зрения психологии — это нарушение одной или нескольких функций или части одной функции, которое изменяет нормальное развитие ребенка (только при определенных обстоятельствах). Наличие того или иного дефекта еще не предопределяет аномального развития. Потеря слуха одним ухом или зрения одним глазом не обязательно ведет к дефекту развития, поскольку в этих случаях сохраняется возможность воспринимать звуковые и зрительные сигналы. Дефекты такого рода не нарушают общения с окружающими, не мешают овладению учебным материалом и об учению в массовой школе. Дети с такими нарушениями развития обычно изучаются и курируются в специальной психологии.

Pathogenic признается патогенной, способной спровоцировать те или иные отклонения в развитии, если сила ее воздействия превышает компенсаторные возможности индивида и относительно устойчиво изменяет характеристики актуального функционирования психики в параметрах точности, полноты и скорости отражательных и регуляторных функций и в результате изменяет темп ее возрастного развития.

ГЛАВА 2. ПРОБЛЕМА НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Понятие нормальное развитие (как и нарушенное) нуждается в обобщенном определении. Приведенная дихотомия: нормальное — нарушенное развитие представляет собой лишь частный случай более широкой и сложной проблемы «норма — патология». Это одна из острейших проблем современного человекознания.

Основные подходы к пониманию проблемы "норма — патология"

1. **Интуитивно-эмпирический подход.** Понятие норма определяется как состояние, при котором индивид не проявляет признаков патологии. Последняя характеризуется как нарушение состояния нормы.
2. **Частотный или статистический подход.** Критерием нормальности объявляется показатель распространенности, или частотности того или иного явления: чем большее распространение оно получает, тем выше вероятность его отнесения к категории нормы и наоборот. Эта точка зрения прочно укоренилась как в обыденном, так и в научном сознании в силу своей простоты и кажущейся очевидности. Особую популярность частотного подхода в специальной психологии, где стало традицией рассматривать нарушенное развитие как нечто редко встречающееся в сравнении с широкой распространенностью феномена нормального развития.
3. **Адаптационный подход.** Критерием нормальности должна выступать способность человека к адаптации, то есть приспособляемость. Как определить последнюю остается неясным. Следует признать тот факт, что серьезные нарушения в процессе психического развития способны приводить к снижению адаптационных возможностей. Но из этого отнюдь не следует, что наличие адаптационного дефицита свидетельствует о нарушении психического развития. Кроме того, чрезвычайно высокие адаптационные возможности, способность всегда приспособливаться к любым условиям, в особенности к социальным, по мнению польского психиатра К. Домбровского, скорее свидетельствует о моральной и эмоциональной незрелости, а также о значительной деформации системы ценностей личности. Вряд ли можно назвать аномальным активное нежелание человека приспособливаться к аморальным и антигуманным условиям жизни, в которые он попал помимо своей воли.
4. **Культурно-релятивный подход.** Тип культуры и историческое время выступают в качестве основы дифференциации нормального и

ненормального в человеке. Представители данного подхода акцентируют внимание на относительности существующих критериев, определяемых своеобразием и актуальным состоянием той или иной национальной культуры. Проще говоря, одно и то же явление в рамках разных культур может оцениваться по-разному в зависимости от национальных традиций. Культурно-релятивный подход относится к разряду весьма популярных в современной науке.

5. **Гуманистический или подход описательных критериев.** В данном случае выделяются одновременно несколько признаков психического здоровья, что, по сути, принципиально отличает такое видение от вышерассмотренных, где в центре внимания исследователей неизменно находились критерии психической патологии. Гуманистический подход во многом произволен и отражает субъективные авторские предпочтения. В предлагаемых перечнях критериев не указывается, какие из них обязательны, а какие факультативны. Также не всегда ясна и необходимая степень выраженности тех или иных свойств.

6. **Уровнево-типологический подход** представлен концепцией В.Н.Мясищева и Б.С.Братуся.

В. Н. Мясищев, основываясь на критериях эффективности социального и биологического функционирования человека, выделял четыре соответствующих типа: 1) тип социально и биологически полноценный, 2) социально полноценный при биологической недостаточности, 3) биологически полноценный при социальной недостаточности, 4) социально и биологически неполноценный тип.

Б. С. Братусь рассматривает феномен здоровья как неоднородное и многоуровневое образование:

- Высшая его ступень — нравственное самосознание личности, представляющее собой внутреннюю регуляцию внешнего социального поведения человека.
- Более низкий уровень связан с собственно отражательной, когнитивной деятельностью человека; он обозначается как психологический.
- Третий уровень выступает как материальная база психической деятельности, ее биологический фундамент.

На основании выделенных уровней организации бытия человека строятся представления о его здоровье.

- «Высший уровень психического здоровья — личностно-смысловой, или уровень личностного здоровья, который определяет качество смысловых отношений человека.

- Следующий уровень — уровень индивидуально-психологического здоровья, оценка которого зависит от способностей человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений.

- Уровень психофизиологического здоровья, который определяет особенности внутренней мозговой, нейрофизиологической организации актов психической деятельности.

Каждая из перечисленных ступеней имеет свои собственные закономерности развития и функционирования и, несмотря на тесное единство с другими, обладает определенной автономией.

Как указывает Б. С. Братусь, психическое здоровье может страдать на одних уровнях при относительной сохранности других. В рамках данной модели соотношение нормы и патологии предстает в виде многочисленных переходных вариантов, расположенных между двумя крайними полюсами, на одном из которых находятся состояния, характеризующиеся устойчивым функционированием на всех трех уровнях, на другом — состояния дефицита функционирования на тех же обозначенных уровнях.

ВОЗ определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Рассмотренная проблема «норма – патология» позволяет понять, насколько сложно разграничение понятий «нормальное» и «отклоняющееся» развитие.

Критерии и условия нормального развития в оценке психического здоровья

Таблица 1

Возрастные нормы развития

Возраст детей: с 2 до 3 лет

1. Основные показатели.

1г. 3мес	Словарный запас увеличивается до 6 слов, ребенок понимает простую инструкцию без жеста
1г.6мес	Показывает одну из частей тела, словарный запас 7—20 слов.
1г.9мес.	Показывает три части тела, начало фразы из 2 слов Словарный запас — около 20 слов
2г.	Показывает 5 частей тела, словарный запас минимум 50 слов; понимает двухэтапную инструкцию, начинает использовать предложение из 2 слов
2г. 6мес	Адекватно использует местоимения я, ты, мне; использует предложение из 2 слов
3г.	Словарный запас до 250 слов и выше, общается предложением из 3 и более слов, использует множественное число существительных и глаголов. Называет свое имя, пол и возраст, понимает значение простых предлогов, выполняет задания типа «положи кубик под чашку», «положи кубик в коробку».

2. Оценка понимания речи

20 - 24 мес.	Понимает обозначаемые на картинках действия, выполняет инструкции типа: «Покажи, кто сидит, кто спит»; выполняет двухступенчатую инструкцию: «Пойди в кухню и принеси чашку»; понимает значение предлогов в привычной конкретной ситуации — «На чем ты сидишь?».
2г. 6мес. - 3 г.	Понимает прочитанные короткие рассказы и сказки (с опорой на картинку, а затем и без нее).

3. Возрастные особенности развития тонкой моторики рук

1 - 2г.	Держит два предмета в одной руке; чертит карандашом, переворачивает страницы книги. Ставит друг на друга от 2 до 6 кубиков.
2 - 3г.	Открывает ящик и опрокидывает его содержимое. Играет с песком и глиной. Открывает крышки, использует ножницы, красит пальцем. Нанизывает бусы. По захвату руки мы можем судить об умственном развитии ребенка (цеплятельный - хватательный, если нет перехода, то это нарушение двигательной функции).
2,5 - 3 года	переход от кулачного захвата к пятипалому.
3,5 года	После пятипалого захвата формируется в щепоть двумя пальцами (если ребенок держит ложку кулаком, то в дальнейшем сказывается в школе на письме). Лобные извилины коры головного мозга являются двигательной областью и участвуют в образовании собственной устной речи (центр Брока). Пальцы наделены большим количеством рецепторов, которые посылают импульсы в ЦНС. На кистях рук множество аккупунктурных точек, массируя их, стимулируя кровоснабжение, активизируется центр Брока (воспроизведение устной речи) можно воздействовать на внутренние органы и на речь.
4. Возрастные особенности развития общей моторики	
1 - 2г.	Ходит уверенно, наклоняется, чтобы достать предмет с пола. Останавливается, ходит в сторону и назад, бросает мяч. Короткое время стоит на одной ноге. Относит предмет на короткое расстояние. При легкой поддержке спускается вниз по лестнице, поднимается самостоятельно, прыгает на месте, крутит педали трехколесного велосипеда
2 - 3г.	Учится бегать, ходить на носках, сохранять равновесие на одной ноге. Сидит на корточках, спрыгивает с последней ступеньки
5. Возрастные особенности развития зрительно-моторной координации	
с 1 – до 2 лет	Чертит штрихи и «каракули». Держит чашку, поднимает ее и пьет. Помещает квадрат в квадратную прорезь, овал — в овальную. Повторяет изображения нескольких горизонтальных, вертикальных и округлых линий
2 - 3 г.	Может крутить пальцем диск телефона, рисует черточки, воспроизводит простые формы. Режет ножницами. Рисует по образцу крест.
6. Признаки отставания в развитии когнитивной и эмоциональной сфер в 2 и 2,5 года.	
2 года	<p><i>Īðèçĭàèè ìðñðàààîèÿ à ðàçàèèèè èĭāĭèèèāĭĭé ñòāðĭ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •не ориентируется в трех контрастных величинах, т.е. не может вложить меньший предмет в больший (матрешка, мисочки) •не подбирает по образцу 3-4 цвета; •не собирает в правильной последовательности пирамидку из 3 колец (после показа); •не проявляет сообразительности в попытках доставании недостижимого предмета; •не решает сам игровую ситуацию при предъявлении игрового материала; •не подражает действиям близкого взрослого. <p><i>Īðèçĭàèè ìðñðàààîèÿ à ðàçàèèèè ÿĭöèĭāèÿĭĭé ñòāðĭ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •не способен спокойно немного подождать (после объяснения взрослого); •не понимает «хорошо» и «плохо»; •не соперничает плачущему ребенку (по примеру взрослого).
2,5 года	<i>Īðèçĭàèè ìðñðàààîèÿ à ðàçàèèèè èĭāĭèèèāĭĭé ñòāðĭ:</i>

<ul style="list-style-type: none"> •не может назвать ни одного цвета и путается в подборе 4 цветов •не может построить «башенку» из кубиков •не может рисовать, а если рисует, то ничего не узнает в своих каракулях •не складывает пирамидку из 4 колец, четырехсоставную матрешку •не показывает известные предметы на картинках (животные, игрушки, посуда, одежда); •не складывает разрезную картинку из двух половинок. <p><i>Íðèçààèè ìðñàààààìèù à ðàçàèèðèè ùìòèùàèùííé ñòáðí:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •не проявляется долговременная эмоциональная память и эмоциональное предвосхищение; •легко отвлекается от любого занятия; •не может определить свое эмоциональное состояние (весело, грустно, скучно, интересно, хорошо, плохо).

Возраст детей: с 3,5 до 4,5 года

<p>Познавательная деятельность</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Знает свой пол, возраст, имя и фамилию, дифференцирует их (Как тебя зовут? А фамилия?), имена родителей. ✓ Может повторить за взрослым предложение из 4-5 слов (Кошка спит, ей тепло. После обеда мы пойдем гулять.). ✓ Знает все цвета спектра. Безошибочно называет красный, синий, зеленый, желтый цвета. Подбирает идентичные оттенки цвета. ✓ Различает геометрические фигуры и называет: круг, квадрат, подбирает подобные к подобным: треугольник, овал, прямоугольник. ✓ Владеет понятиями "один-много". ✓ Знает обобщающие слова «посуда, одежда, игрушки» (Какие у тебя есть игрушки? Какая посуда у вас на кухне?). ✓ Умеет играть в детское лото, находит идентичные картинки ✓ Отвечает на вопросы по ходу чтения книжки (Что сделала курочка?-снесла яичко). ✓ Может нарисовать несколько известных предметов так, как научили взрослые (если не рисует, то хотя бы может скопировать крест, прямые линии и круг). ✓ Может что-либо построить из детского строительного материала или конструктора с четко обозначенными деталями постройки. Постройка должна соответствовать образцу. ✓ Может правильно сложить пирамиду, учитывая размер колец, вложить одна в другую 6-9 уменьшающихся формочек, вставить вкладыши в доску с прорезями, сложить предметную разрезную картинку из нескольких частей.
<p>Речь</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ с 3 - х летнего возраста идет резкое увеличение словаря до 3 000 слов. ✓ В грамматическом строе речи использует все части речи, кроме деепричастного оборота. ✓ У 3-х летнего ребенка правильно построенные фразы, согласованные в роде, числе, падеже. ✓ Произносят в словах все гласные и согласные звуки, кроме шипящих и сонорных звуков. ✓ Появляются сложные предложения с союзами (я покушаю, а потом пойду гулять; не хочу играть, потому что по телевизору мультики). ✓ Легко повторяет за взрослым незнакомые слова ✓ Появляются слова с суффиксами (мамочка, котеночек), словотворчество, склонность к рифмовке. ✓ Способен к диалогу со взрослым, со сверстником.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Умеют рассказывать о виденном в 2 - 4 предложениях; могут различать и называть игрушки, предметы мебели, одежды, посуды, некоторые фрукты, транспорт ближайшего окружения; различать и называть части тела животного, подводить к пониманию обобщающих слов (игрушки, одежда, обувь, мебель, посуда). ✓ Речь более выразительная, отражает эмоциональные переживания ребенка ✓ Расширяется опыт ребенка, и на основе опыта вырабатываются правила поведения.
Моторика	<ul style="list-style-type: none"> ✓ может стоять на одной ножке, как на правой, так и на левой. ✓ Умеет ездить на трехколесном велосипеде ✓ Может поймать мяч вытянутыми руками (не прижимая к себе); брать, держать, переносить, класть, катать, бросать мяч; повторять за взрослым движения возможна зеркальность) ✓ Ходить и бегать не наталкиваясь; прыгать на двух ногах на месте и с продвижением; ползать, подлезать под натянутую веревку, перелезть через бревно, лежащее на полу. ✓ Спускается вниз по лестнице, используя попеременно обе ноги.
Изобразительная деятельность	<ul style="list-style-type: none"> ✓ В рисовании различают следующие цвета: красный, желтый, синий, зеленый, белый, черный. ✓ Умеют: правильно держать карандаш, кисть и пользоваться ими; проводить мазки, горизонтальные, вертикальные, округлые линии ✓ Обводит по контурам, копирует крест, воспроизводит формы. ✓ В лепке умеют: скатывать комок глины прямыми и круговыми движениями; сворачивать скатанные прямыми движениями столбики в виде кольца, соединять концы, сплющивать комок глины между ладонями, соединять 2-3 знакомые формы.
Игра	<ul style="list-style-type: none"> ✓ любит играть с игрушками, разыгрывает несложные сюжеты с цепочкой действий (варит в кастрюльке суп, усаживает куклу за стол, дает ей тарелку, кормит, укладывает спать). ✓ Осознает свои действия - может ответить на вопросы, что он делает и зачем, что будет делать дальше (сейчас сварю обед и кукла с мишкой будут кушать).
Общение	<ul style="list-style-type: none"> ✓ со сверстниками играет "рядом", иногда включаясь в игру партнера, но не разрушая ее. ✓ В семье проявляет желание многое сделать самому.
Навыки	<ul style="list-style-type: none"> ✓ умеет сам умываться, чистить зубы, ходить в туалет, одеваться после сна. ✓ Знает, где что лежит и легко выполняет просьбы взрослого найти и принести.
Признаки отставания в развитии когнитивной и эмоциональной сфер в 3,5 - 4,5 года	
В когнитивной сфере	<ul style="list-style-type: none"> •не ориентируется в трех контрастных величинах, т.е. не может вложить меньший предмет в больший (матрешка, мисочки) •не подбирает по образцу 3-4 цвета; путается в подборе 4 цветов; •не собирает в правильной последовательности пирамидку из 3 колец (после показа); •не проявляет сообразительности в попытках доставании недостижимого предмета; •не решает сам игровую ситуацию при предъявлении игрового материала; •не подражает действиям близкого взрослого. •не может построить «башенку» из кубиков; •не может рисовать, а если рисует, то ничего не узнает в своих каракулях;

	<ul style="list-style-type: none"> •не складывает пирамидку из 4 колец, четырехсоставную матрешку; •не показывает известные предметы на картинках (животные, игрушки, посуда, одежда); •не складывает разрезную картинку из двух половинок.
В эмоциональной сфере	<ul style="list-style-type: none"> •не способен спокойно немного подождать (после объяснения взрослого); •не понимает «хорошо» и «плохо»; •не сопереживает плачущему ребенку (по примеру взрослого), •не проявляется долговременная эмоциональная память и эмоциональное предвосхищение; •легко отвлекается от любого занятия; •не может определить свое эмоциональное состояние (весело, грустно, скучно, интересно, хорошо, плохо).

Возраст детей: с 4,5 до 5,5 года

Познавательная деятельность	<ul style="list-style-type: none"> ✓ знает свой адрес, день рождения, где или кем работают родители, возраст и род занятий братьев и сестер (Саше 9 лет, он в школе учится, в 3 классе). ✓ Может ответить на вопросы типа "На каком этаже ты живешь? Сколько комнат в вашей квартире? Сколько человек у вас в семье?" ✓ Может выучить стихотворение из 4 строчек и знает несколько таких стихотворений. ✓ Может повторить за взрослым 5 разрозненных слов (коса, муха, трава, лес, гриб). ✓ Может пересчитать предметы в пределах 5 и сравнить их количества (больше, меньше, поровну). ✓ Может копировать простые геометрические фигуры. ✓ Начинает ориентироваться в пространстве -понимает "вверху", "внизу", "рядом", "между", "напротив", "под", "над", "около". ✓ Увеличивается количество предметов, которые ребенок может нарисовать. ✓ Появляются сюжетные рисунки, чаще однообразные. ✓ Знает названия 6-8 цветов. ✓ При конструировании может воспроизвести несложный образец, даже если детали в нем не выделены. ✓ Может вырезать из бумаги детали аппликаций и наклеивать их, лепить из пластилина несложные фигурки (морковки, ягоды). ✓ Находит различия на картинках (на одной дерево с цветочками, а на другой нет). ✓ Собирает кубики, мозаику. ✓ Отвечает на вопросы типа "Как назвать одним словом яблоки, груши, персики?" ✓ Может пересказать по вопросам небольшую сказку, рассказ.
Речь	<ul style="list-style-type: none"> ✓ исчезают все дефекты звукопроизношения. ✓ Увеличивается количество прилагательных, наречий, местоимений. ✓ Употребляет предложения с причинно-следственной зависимостью (На улице сыро, потому что шел дождь). ✓ Оценка понимания речи: Выполняет словесные задания с предлогами: сзади, между, рядом, к и т. п. Выполняет три последовательные команды. Понимает условно предложение со словом если. Понимает грамматическую форму предложений типа: Картина была нарисована Машей.
Моторика	<ul style="list-style-type: none"> ✓ прыгает на одной ножке, прыгает вниз с невысокой скамейки, совершает движения по заданию (присядь, подними руку, достань рукой до пола и др.).

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Бросает мяч одной рукой, ходит по бревну. ✓ Прыгает попеременно на одной, затем на другой ноге. Поднимается вверх по лестнице.
Возрастные особенности развития зрительно-моторной координации	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Раскрашивает простые формы. Копирует заглавные печатные буквы. ✓ Рисует простой «дом» (квадрат и диагонали). ✓ Рисует человека, изображая от 2 до 3 частей его тела. ✓ Копирует квадрат, звезду. ✓ Дорисовывает три части в незавершенную картину.
Игра	<ul style="list-style-type: none"> ✓ сюжеты игр становятся разнообразными. ✓ Широко используются предметы-заместители (в игре в магазин одуванчики - конфеты, песок-сахар, камушки-деньги). ✓ Выполняет правила простых коллективных игр (прятки, жмурки).
Общение	<ul style="list-style-type: none"> ✓ может играть вдвоем с другим ребенком-сверстником. ✓ Относится к детям дифференцированно (Я Таню люблю, потому что она веселая, а Диму не очень, потому что он жадничает).
Навыки	<ul style="list-style-type: none"> ✓ справляется с несложными поручениями (накрыть на стол, полить цветы, вытереть пыль). ✓ Одевается на прогулку и раздевается, возвращаясь с прогулки, самостоятельно.
Формирование словаря	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Обогащение словаря. В словаре детей должны быть существительные, обозначающие профессии, с которыми их знакомили на занятиях., глаголы, обозначающие трудовые действия. ✓ Дети должны определять и называть местоположение предмета (слева, справа, между, около, рядом), время суток (утро, день, вечер, ночь), характеризовать состояние и настроение людей (огорчен, весел).
Активизация словаря.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Дети должны использовать в речи существительные, обозначающие названия частей и детали предметов, прилагательные, обозначающие свойства предметов, наиболее употребительные глаголы и наречия, предлоги.
Звуковая культура речи	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Употребляют существительные с обобщающим значением: мебель, овощи, фрукты, ягоды, животные. ✓ Закреплять правильное произношение гласных и согласных звуков, отрабатывать произношение свистящих, шипящих и сонорных звуков. ✓ Продолжать работу над дикцией: совершенствовать отчетливое произношение слов и словосочетаний. ✓ Проводить работу по развитию фонематического слуха: учить различать на слух и называть слова с определенным звуком. ✓ Совершенствовать интонационную выразительность речи. Применять игры: «Хлопни, если услышишь звук. Ж», «Если услышите в моей речи «самолет» - встаньте», «Кто кричал?» и т. д. ✓ Обязательное включение артикуляционной гимнастики 3 раза в день.
Грамматический	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Дети должны правильно согласовывать слова в предложении. ✓ Должны уметь: правильно использовать предлоги в речи; образовывать форму множественного числа существительных, обозначающих

<i>строй речи</i>	<p>детенышей животных (по аналогии), употреблять эти существительные в именительном и родительном падежах (лисята — лисят, медвежата медвежат), правильно использовать форму множественного числа родительного падежа существительных (ложек., вилок, груш, яблок, помидоров).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Учить употреблять формы повелительного наклонения глаголов хотеть, лежать, ехать, бежать. ✓ Дети используют в речи простейшие виды сложносочиненных и сложноподчиненных предложений. ✓ Связная речь. ✓ Дети могут поддерживать беседу: задавать вопросы, правильно (по форме и содержанию) отвечать на вопросы. ✓ Дети пересказывают небольшие сказки и рассказы, знакомые им и вновь прочитанные. Составляют (по образцу) Небольшие рассказы о предмете, по содержанию сюжетной картины. ✓ Используют в речи существительные, обозначающие профессии, с которыми их познакомили.
-------------------	---

Возраст детей: с 6,5 до 7,5 года

<i>Познавательная деятельность</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ знает имена-отчества родителей, дедушек, бабушек, знакомых, свое отчество. ✓ Понимает родственные связи (бабушка-мамина мама, дядя Витя-мамин брат). ✓ Начинает ориентироваться в городе: запоминает дорогу куда-либо после нескольких повторений этого пути, знает название своей остановки транспорта, близлежащих улиц. ✓ Знает названия месяцев, может сказать, какой сегодня день недели, месяц, какие праздники бывают зимой, весной. ✓ Помнит названия книг, которые ему читали, может ответить на вопрос, куда он ездил прошлым летом, в прошлые выходные. ✓ Начинает понимать время. ✓ Может запомнить слово, сам подбирая картинку, такую, которая напомнит слово и объяснить эту связь. Например, надо запомнить слово "пожар"-ребенок выбирает картинку с изображением газеты и объясняет "бумага хорошо горит". ✓ Может установить несколько таких связей, а через 40 минут по картинкам вспомнить слова. ✓ Может угадать предмет по признакам (зеленый, толстый, длинный овощ-огурец). ✓ Отличает форму слова от его содержания (какое слово длиннее - час или минута? змея или червячок?). ✓ Сравнивает пары слов, называя не только различия, но и сходство (ромашка и одуванчик это цветы, ромашка белая, а одуванчика - белый, у ромашки есть серединка, а у одуванчика нет и т.д.). ✓ Понимает сложные речевые конструкции: "Саша пошел гулять после того, как посмотрел телевизор. Что Саша делал раньше? Гулял или смотрел телевизор?". ✓ Устанавливает причинно-следственные связи и закономерности (Вова бросил в воду монетку - монетка утонула. Бросил гвоздик - он утонул. Мама сказала, все железные предметы тонут. Утонет ли маленькая железная кнопочка? Маша выглянула в окно и сказала -ночью был дождь. Что увидела на улице Маша?).
------------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Может подбирать слова на определенный звук, придумывать слова с заданным количеством звуков, делить слова на звуки К_А_Ш_А. ✓ Умеет складывать и вычитать в пределах 10. ✓ Может решать косвенные задачи (На ветке сидели птички. К ним прилетели еще 2 птички и всего стало 5 птичек. Сколько птичек сначала сидело на ветке?) ✓ Рисует, конструирует, лепит по условию, которое задает взрослый.
Моторика	<ul style="list-style-type: none"> ✓ прыгает через скакалку, попадает в движущийся объект (компьютерные игры с пистолетом), ✓ катается на двухколесном велосипеде.
Речь:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Соединяет прямой линией точки, находящиеся на расстоянии 6-8 см друг от друга. ✓ Копирует орнаменты, сложные геометрические фигуры (трапеция, пятиугольник). ✓ Аккуратно раскрашивает, штрихует, может произвольно изменять силу нажима на карандаш (толстые и тонкие линии). ✓ Рисует по заданию взрослого палочки одинаковой высоты, копирует образцы (кружочки, квадратики), соблюдая размер. ✓ Может продолжить заданный орнамент, повторить контур "извилистой дорожки". ✓ Синхронно двумя руками приставляет каждый пальчик к большому пальцу. ✓ может рассказать о просмотренном спектакле, об увиденном в поезде, на утреннике в детском саду, о прошедшем дне, придумать рассказ по картинке и по серии картинок, рассказать знакомую сказку, придумать конец к начатой взрослым сказке, рассказать не только о действиях, но и о чувствах героя прочитанного рассказа. ✓ Может рассказать о своих планах.
Игра	<ul style="list-style-type: none"> ✓ становятся доступными настольные игры с правилами: домино, шашки, карты. ✓ Играет в школу, принимая на себя роль учителя.
Общение	<ul style="list-style-type: none"> ✓ легко включается в совместную игру с детьми, может договориться с партнером о совместных действиях, хорошо понимает указания не очень знакомых людей по организации какой-либо деятельности. ✓ В присутствии родителей может по существу отвечать на вопросы совсем незнакомых людей.
Навыки	<ul style="list-style-type: none"> ✓ может выполнять сложные инструкции (В левом верхнем ящике письменного стола в красной коробке лежат карандаши. Принеси мне желтый.) ✓ Разбивание инструкции на этапы: открой ящик стола, найди коробку и т.д. не допускаются. ✓ Усваивает последовательность операций при выполнении простых бытовых действий. <p>Итогом психического развития в дошкольном детстве - является формирование психологической готовности к обучению, включающей несколько аспектов:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ умственная готовность помогает ребенку беспрепятственно усваивать материал школьных программ, ✓ личностная - принимать требования школьной дисциплины и сознательно относиться к процессу учения, физическая и физиологическая выдерживать нагрузки, связанные с обучением (без ухудшения функционального состояния различных органов и систем организма)
<p>Признаки трудностей в развитии у детей дошкольного возраста.</p> <p>Отставание от указанных нормативов в пределах года свидетельствует о легкой задержке</p>	

<p>психического развития, в пределах двух лет - о выраженной, либо о возможности психического недоразвития. В любом случае несоответствие показателей развития возрастной норме требует организации специального психодиагностического обследования.</p>	
<p>Отклонения в когнитивной сфере</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ игра: бедная, примитивная, сюжеты однообразны, в целом играть не любит, игры с правилами мало доступны или недоступны вообще; ✓ познавательные интересы не проявляются: не любит слушать книги, не задает вопросов, ничем не интересуется, попытки играть в развивающие игры вызывают отказ; ✓ плохо запоминает, не может выучить стихотворение, домашний адрес, дату рождения и т.п.; ✓ не понимает смысла многих событий, рассказов, мультфильмов, не может ответить на вопросы о них; ✓ не ориентирован в бытовой сфере, почти ничего не знает об окружающем мире; ✓ неуспешен в продуктивных специфически детских видах деятельности: рисовании, лепке, аппликации, конструировании.
<p>Отставание в развитии эмоциональной сферы</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ не появляется дифференцированная эмоциональная оценка окружающих людей или событий; ✓ не реагирует на невербальные сигналы позитивного или негативного отношения взрослого (не чувствует, как к нему относятся); ✓ не понимает эмоциональное состояние других детей и взрослых. <p>Об отклонениях в эмоциональной сфере можно судить по наличию поведенческих нарушений. Поведенческие нарушения, свидетельствующие об эмоциональном неблагополучии дошкольников систематизированы на основе опросника Д.Скотта в модификации Г.Я.Кудриной (1992):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ недоверие к людям, вещам, ситуациям (никогда не просит о помощи малознакомых или незнакомых людей, не начинает с ними общаться даже при их инициативе; имеет одного хорошего друга и игнорирует остальных детей; часто тревожится о чем-нибудь; лжет из боязни; бормочет под нос, когда с ним здороваются; никогда не приносит воспитателю в детском саду своих рисунков, поделок, цветов, хотя другие дети часто это делают; нервничает и краснеет, если ему задают вопрос; легко выходит из игры). ✓ депрессивные расстройства (быстро устает; вял, безынициативен, невнимателен; наблюдаются внезапные и резкие спады энергии; апатичен даже в играх; редко смеется, выглядит угнетенным, несчастным; часто мечтает наяву; говорит невыразительно). ✓ уход в себя (никогда ни с кем не здороваются, не реагирует на приветствия; не проявляет дружелюбия к другим людям и избегает разговоров; живет в своем мире; совершенно не проявляет интереса к ручной работе, коллективным играм и отказывается от них; подобен "настороженному животному"; в разговоре беспокоен, считается с темы). ✓ тревожность по отношению ко взрослым (по несколько раз здороваются; подлизывается, старается понравиться взрослому). ✓ преувеличенно охотно выполняет поручения, очень много рассказывает не очень близкому взрослому, в том числе об отношениях в своей семье, различные фантастические, вымышленные истории, ябедничает на детей; все время пытается заинтересовать взрослых своей особой, а если это не удастся - начинает их полностью игнорировать). ✓ враждебность по отношению ко взрослым (переменчив в настроениях; часто бывает в плохом настроении; портит игрушки, вещи, лжет без повода и

	<p>затруднений; защищается от обвинений открытой ложью, наговариванием на других, грубостью; может украсть деньги, сладости, ценные вещи; может вести себя открыто непристойно: рассказывать детям неприличные истории, ругаться, рисовать "хулиганские" рисунки; совершенно не соблюдает дисциплину, в лучшем случае под угрозой физического наказания).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ тревожность по отношению к детям (любит быть в центре внимания, для этого или играет героя - рискует без надобности, или прикидывается дурачком, строит из себя шута; хвастается перед детьми, когда в детском саду воспитатель выходит из группы ведет себя очень шумно; подражает хулиганским проделкам других). ✓ враждебность по отношению к детям (мешает другим в играх, подсмеивается над ними, любит пугать; ссорится, обижает детей; дерется несоответствующим образом - кусается, царапается; пристаёт к слабым; прячет или уничтожает чужие игрушки и вещи; пытается своими замечаниями создавать трудности у других детей; практически со всеми находится в плохих отношениях, дети его не любят). ✓ недостаток социальной нормативности (скрытен, недоверчив; эгоистичен, любит интриги; берет чужое без разрешения; жульничает в играх-соревнованиях; игнорирует воспитателя - никогда не просит о помощи, проявляет полное безразличие в беседах с ним, при этом нормально общается с другими людьми; ✓ никогда добровольно не берется ни за какую работу; безразличен к похвале и порицаниям; никогда не смотрит в глаза). ✓ Для того чтобы судить о наличии того или иного нарушения, необходимо наблюдать целый ряд симптомов, которые относятся к данной диагностической категории, симптомы из разных диагностических категорий в количестве 5 и более, обычно также свидетельствуют об эмоциональном неблагополучии.
--	---

Кроме того, А. Р. Лурией были выделены условия или факторы нормального психического развития, представленные на рисунке 1.



Рис. 1. Условия нормального психического развития

В основу выделения нормального развития Громбахом (1965-1981г.) были положены критерии групп здоровья.

При оценке группы здоровья принято выделять две группы факторов:

1. группа – критерии, обуславливающие здоровье. Это – отклонения в онтогенезе, биологический, генеалогический и социальный анамнез.
2. группа – критерии, характеризующие здоровье, в группу включены - оценка физического и нервно-психического развития, заболеваемость, резистентность и оценка функционального состояния организма ребенка.

Êðèðððèè, íáóñëààëëèààòùèèà çäèððáüü:

Все факторы (причины) условно разделены на 3 вида:

1. вид факторов (факторы со стороны матери) – это особенности антенатального периода (токсикозы, угроза выкидыша, болезни матери, длительные или стремительные роды, Кесарево сечение и т.д.)
2. вид факторов - это состояние новорожденного в интра- и раннем неонатальном периоде (травма, асфиксия, недоношенность, ГБН, инфекции и т.д.);
3. вид факторов – ухудшающие состояние здоровья (социальные).

Ôàèðððüü, ðàððèèðððèèèèèèè çäèððáüü:

1. Физическое развитие (ФР) и степень его гармоничности определяют проводя антропометрические измерения массы и длины тела, окружность груди и головы. Оценку проводят с помощью сигмальных отклонений или центилей;

Применяют 4 уровня оценки ФР:

- нормальное,
- дефицит массы 1-ой, 2-ой степени,
- избыток массы 1-ой, 2-ой степени,
- низкий рост (общая задержка ФР).

2. Нервно-психическое развитие и степень его гармоничности.

Определяют методом диагностики по ведущим линиям в дикретные сроки (по месяцам 1,3,6,9,12, затем с 1 года до 2-ух лет – 1 раз в квартал, с 2-х до 3-х лет – 1 раз в 6 месяцев).

Диагностируется группа нервно-психического развития (в ДДУ проводит педагог), их 4 группы.

3. Резистентность и реактивность детского организма определяют по кратности острых заболеваний по обращаемости за предшествующий осмотру ребенка период.

Реактивность оценивается по градациям (кратность заболеваний в течение года):

- высокая (отсутствие болезней),
- средняя (болел 1,2,3 раза),
- низкая (частые ОРИ: 4-5 раз),
- ребенок ЧДБ (болел более 5 раз).

4. Функциональное состояние организма.

Определяется сравнением показателей основных функциональных систем с нормативными (гемоглобин, ЧСС, АД, ЧД, ЭКГ и др.).

Принято уровня 3 оценки:

- нормальное,
- ухудшенное (нижняя или верхняя границы нормы),
- плохое (резкое отличие от нормы).

5. Хронические заболевания или врожденные пороки развития определяют во время осмотра врачом – педиатром или другим специалистом и оценивают как: «здоров», «пограничное состояние», «болен»...

Αδότης ςαιδίαιυ:

- 1) группа здоровья - здоровые дети без отклонений по всем критериям здоровья;
- 2) группа здоровья - здоровые дети с отягощенным биологическим анамнезом, а также с некоторыми функциональными и морфологическими изменениями и с риском развития хронической патологии;
- 3) группа здоровья - относят больных с хроническими заболеваниями.
- 4) группа детей - с ограниченными физическими возможностями (врожденные аномалии, пороки развития, болезни в состоянии декомпенсации).

Определение группы здоровья позволяет рекомендовать форму ведения ребенка в поликлинике:

1 группа здоровья – только профилактические мероприятия по возрасту (закаливание, правильные режимные факторы и т.д.);

2 группа здоровья – профилактические и лечебно-профилактические мероприятия;

3 и 4 группы здоровья – лечебные, реабилитационные и профилактические (с учетом заболевания и индивидуальных особенностей и показаний).

Ñðààíàíèà èíàèèèòàèüííð àíííð ñ íðíàðèèàèè ïçàíèüàð îðàíèè:

1. Структуру интеллектуальных способностей, тип интеллекта ребенка.

2. Наличие и характер отклонений, осложнений в развитии, возможности компенсации.

3. Возможности (или проблемы) ребенка в усвоении различных предметов школьного цикла.

4. Творческий потенциал.

5. Особенности характера, эмоционально-волевой и мотивационной сфер. (Особое внимание уделяется личностным особенностям, которые могут осложнять процесс обучения: повышенные тревожность, впечатлительность, недостаточность волевого самоуправления, завышенная или заниженная самооценка и пр.)

6. Стрессоустойчивость, адаптивность, способ взаимоотношения с окружающими, положение в коллективе.

7. Наличие задатков для дальнейшей специализации обучения по следующим направлениям: математика и программирование, экономика и финансы, физико-математические науки, естественные науки, гуманитарные науки, общественные науки, иностранные языки, инженерно-конструкторская деятельность, предпринимательская деятельность, медицина, педагогика, работа в сфере услуг.

Возрастная специфика проявления расстройств психического здоровья

Психиатрами В. В. Ковалевым, В.М.Башиной, М.Ш.Вроно, Д. М. Исаевым, Н.М.Иовчук, И. А. Козловой, Г. Е.Сухаревой отмечается специфика психопатологических проявлений в детском возрасте.

Основные проявления заболеваний — симптомы и синдромы — имеют довольно узкий диапазон в младшем детском возрасте: это невропатии, РДА, гиперактивность, патологические страхи, а также тотальное и парциальное психическое недоразвитие. Общие психопатологические синдромы — аффективные, бредовые, галлюцинаторные и другие, как правило, не обнаруживаются до школьного возраста ввиду незрелости психики или представлены стертыми, незавершенными формами. Наиболее поздно

выявляются бредовые синдромы, синдром Кандинского— Клерамбо, дереализации — деперсонализации, требующие определенного уровня развития самосознания.

Негативные симптомы и синдромы более специфичны для той или иной нозологической формы и больше отражают деструктивные нарушения.

Продуктивные расстройства нозологически менее специфичны, образуемые ими синдромы отражают уровень поражения психической деятельности, указывают на глубину или тяжесть нарушения мозговых функций.

Óðíáíè áîçðàñòííáî ðáááèðíááíèý ìà áîçááéñòáèè «áðááíñòè»

На основе анализа нервно-психического и физиологического развития в психиатрии были выделены уровни преимущественного нервно-психического реагирования у детей и подростков на неблагоприятные воздействия или проявления заболевания. В.В.Ковалев описал четыре уровня.

Ñíàðî-áááðòàèáíé (0—3 áñà) — различные варианты невротического синдрома, повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, сна, нарушениям питания, навыков опрятности и т.д. Проявления возможны у детей раннего (иногда предшкольного) возраста в клинике невротических расстройств, резидуально-органических и нервно-психических расстройств (шизофрения и т.д.).

Ïèðííòíðíé (4— 7èàð) — нарушения развития движения. Характерен для детей дошкольного и младшего школьного возраста и проявляется в таких синдромах, как гиперактивность, системные, невротические и невротоподобные расстройства — тики, заикание, мутизм и т.д.

Áòòáèèèáíé (5— 10èàð) — синдромы страха, повышенной аффективной возбудимости, уходы из дома и бродяжничество.

Ýíòèíáèñí-èááàòíðíé (11— 17èàð) — типичен для препубертатного и пубертатного периода, может включать сверхценные образования, склонность к которым возникает в юношеском возрасте. К этому уровню нервно-психического реагирования относятся все патологические реакции пубертатного возраста (по Сухаревой): психогенные ситуационные реакции (протест, эмансипация); сверхценный ипохондрический синдром, синдром нервной анорексии, синдромы сверхценного влечения и интересов, в том числе синдром философической интоксикации.

Анализируя классификацию уровней нервно-психического реагирования, предложенную В. В. Ковалевым, В. В. Лебединский замечает, что в ней недостаточно учитывается возможность сосуществования различных уровней нервно-психического реагирования в разные возрастные периоды. Например, в подростковом возрасте наряду с эмоционально-

идеаторными нарушениями существенным является повышение, растормаживание влечений, связанное с функционированием эндокринной системы, и т.д.

Поэтому В. В. Лебединский предлагает ориентироваться на группировку возрастных симптомов по эмпирическим данным, накопленным в клинических исследованиях. Опираясь на материалы таблицы, удобно работать с историей болезни, вычлняя возрастные симптомы в анамнестических описаниях.

Таблица 2

Возрастные симптомы (по В. В. Лебединскому)

Возраст	Возрастные симптомы
0 — 3 года	<p>Судорожные припадки. Возникают в результате повышенной судорожной готовности детского мозга.</p> <p>Нарушения сознания (чаще всего в виде оглушенности, снижения ориентировки в окружающем, тревог и страхов).</p> <p>Сомато-вегетативные нарушения (сна, аппетита, работы кишечника и т.д.).</p> <p>Страхи. Универсальная защитная реакция. Негативизм, агрессия (кризис 2 — 3 лет).</p> <p>Депрессия. Преимущественно в условиях сепарации с матерью. Недоразвитие отдельных психических функций: локомо- рики, речи, навыков опрятности и т.д.</p>
1 — 6 лет	<p>Двигательные расстройства: заикание, тики, навязчивые движения, гиперкинезы. (Имеются данные, что на этот возрастной период приходится пик созревания лобно- моторных систем.)</p> <p>Гипердинамический синдром, двигательное беспокойство,</p>

	расторможенность, недостаточная целенаправленность, импульсивность.
Младший школьный возраст	У мальчиков – явления возбудимости, двигательной расторможенности, агрессия. У девочек – астенические проявления: снижение настроения, плаксивость. Страхи (особенно часто связаны со школьной дезадаптацией)

ГЛАВА 3. УЧЕНИЕ ОБ ОБЩИХ ЗАКОНОМЕРНОСТЯХ НАРУШЕННОГО РАЗВИТИЯ (ДИЗОНТОГЕНЕЗА)

Сущность феномена нарушенного развития

Дать сущностное определение феномена нарушенного развития сложно. Выделяя существенные характеристики феномена нарушенного развития, разные авторы предлагают чаще всего не его дефиниции, а разнообразные названия, фиксирующие, с их точки зрения, наиболее важные отличительные признаки отклоняющегося развития в сравнении с нормальным.

В качестве примера приведем лишь несколько терминов (помимо употребляемых нами словосочетаний «отклоняющееся» и «нарушенное» развитие).

В специальной психологии и коррекционной педагогике используются такие понятия, как аномальное развитие, ненормальное развитие, ненормативное развитие, аномальное развитие, ограниченное развитие, нестандартное развитие, отставание в развитии, стесненное развитие, недостаточное развитие, негармоничное развитие, субнормальное развитие, а также некоторые иные словосочетания: дети с ограниченными возможностями в развитии, дети с проблемами в развитии, особый ребенок и многое другое.

В приведенных примерах хотя и фиксируются различные характеристики дизонтогенеза, но чаще всего они не раскрываются в форме развернутого определения. Все они акцентируют разные стороны процесса становления психики в сравнении с его нормальным течением, которое интуитивно воспринимается как нечто самоочевидное.

Из понимания проблемы «норма-патология» следует, что понятие «нарушенное развитие» не является чем-то самоочевидным и нуждается в серьезном теоретическом анализе. Как уже указывалось, это понятие относительное. Всякая трактовка отклоняющегося развития подразумевает наличие некой точки отсчета, более или менее определенного представления о том, каков должен быть процесс нормального развития или развития вообще как такового.

Но в современной психологии не существует единого понимания природы, механизмов, условий и сущности онтогенеза психики. Психология развития представлена многочисленными теориями, акцентирующими внимание на разных его сторонах. Достаточно сослаться на наиболее популярные концепции Ж. Пиаже, А. Валлона, Э. Эриксона, З. Фрейда, А. Фрейд, Л. С. Выготского, Д. Б. Эльконина и др. Таким образом, что нарушенное развитие трактуется по-разному в зависимости от исходного понимания феномена развития вообще. Различные взгляды на процесс развития способствуют многогранному видению и его нарушений.

В отечественной специальной психологии в основу понимания феноменов нарушенного развития положена культурно-историческая теория Л. С. Выготского. Одной из центральных ее категорий является понятие высших психических функций, прижизненно формируемых путем усвоения социально-исторического опыта в процессе общения ребенка со взрослым, знаково опосредованных по строению и произвольных по способу регуляции.

Предельно обобщая, мы получим следующее определение сущности процесса психического развития, из которого будем исходить в трактовке дизонтогенеза. Итак, развитие—это непрерывно-поступательный, необратимый процесс формирования качественно позитивных изменений в характере субъективного отражения человеком внешнего и внутреннего мира (в параметрах его полноты, точности, глубины и взаимосвязности), обеспечивающих все более эффективную саморегуляцию внешней предметной и внутренней психической деятельности.

Ὅτι δὲ ἀεὶ ἀδὲν ὁδὲ ἐὲν ὁ αἰὶν αἰὰ ἰὰ δὲ ὅ αἰὶν αἰὶ δὰ σὰ ἐδὲ ὑ

Теперь выделим существенные характеристики феномена нарушенного развития.

Р. А. Êóèàÿèí полагал, что нарушенное развитие имеет особый способ протекания, при котором необходима специальная коррекционная помощь. Данное определение по сути своей скорее педагогическое, нежели психологическое.

Á. Ã. Îáððíáà è È. Á. Ááÿÿéíáà: дети с отклонениями в развитии — это те, «у кого в силу физических или психических дефектов имеются определенные нарушения в приеме, переработке и использовании информации, получаемой от окружающего мира».

Ë. Îæàð дает более точное и развернутое определение: «аномальные дети — это дети и подростки с трудностями социального функционирования, вытекающими из дефицитарности или недостатка органа, его функции и процесса, со специфическими особенностями и характерными трудностями в познании окружающего мира и общении с людьми, а также со специфическими особенностями формирования их личности».

Наиболее точную и емкую дефиницию сущности нарушенного развития в современной специальной психологии дают *Í. ß. Ñáíàãí è Ì. Ì. Ñáíàãí*:

«любое отклонение отдельной функции или системы психических функций от программы развития вне зависимости от знака этого изменения «+» или «—» (опережение или запаздывание), выходящее за пределы социально-психологического норматива, определяемого для данной образовательной, социокультурной или этнической ситуации и данного возраста ребенка, следует рассматривать как отклоняющееся развитие данной функции или системы психических функций. Ребенок, демонстрирующий подобные феномены, должен быть отнесен к категории детей с отклонениями в развитии».

Отклоняющееся развитие следует понимать как обычное развитие, протекающее в необычных (неблагоприятных) условиях, патогенная сила которых превосходит компенсаторные возможности индивида, не нарушая при этом целостности психики, модифицируя лишь уровень ее опосредованное. Вследствие этого относительно устойчиво изменяются параметры и стороны микрогенеза (когнитивные, эмоциональные, регуляторные), что приводит к трансформациям в процессе возрастного развития. Это прежде всего проявляется в замедлении процесса социализации, то есть в усвоении культурно-исторического опыта. Именно поэтому дети с признаками нарушенного развития нуждаются в специальной медико-социальной и психолого-педагогической помощи.

Структура нарушенного развития

Дизонтогенез как особый способ развития сохраняет в себе все основные его свойства и признаки. Именно поэтому неправомерно отождествлять нарушенное развитие с заболеванием, хотя такой взгляд еще часто встречается. Любой вариант отклонений в развитии обладает некоторыми общими параметрами. Наиболее структурировано представления о параметрах дизонтогенеза в современной психологии были сформулированы В. В. Лебединским.

Поскольку процесс развития протекает по определенным законам, то и отклонения от этого процесса носят не случайный характер, а также имеют свои закономерности.

Õàðàéòàðèñòèèèè (iàðàìàòòú) iàðòòáíííîî ðàçàèèèè:

Īàðàúé iàðàìàòò. Функциональная локализация нарушения, подразделяемую на частную и общую. Первая характеризуется расстройством отдельных функций — восприятия, предметных действий, речи, внимания и т. д. Общие нарушения проявляются в дисфункциях разных сторон регуляторных систем.

Àòîðíé iàðàìàòò. Время проявления нарушения (возраст человека). Сущность этого параметра была сформулирована Л. С. Выготским в виде принципа хроногенности: чем раньше в возрастном отношении у ребенка появляется нарушение, тем тяжелее его последствия, и наоборот. Чем младше ребенок, тем больше вероятность того, что возникшее нарушение приведет либо к недоразвитию, либо к задержанному развитию. По мере взросления увеличивается риск таких повреждений и даже распада.

✓ Фактор хроногенности распространяется не только на возраст, но и на длительность периода развития отдельных элементов. Общий закон развития гласит: раньше других формируются функции с наиболее коротким циклом созревания. Именно они повреждаются прежде всего. Более молодые и более сложные по структуре элементы имеют соответственно и более длительный цикл созревания. Для них в случае патогенного воздействия более типичны явления *íáîððàçàèèèè* или *çàááðæàíííîî ðàçàèèèè*.

✓ Временной фактор содержит и еще один немаловажный аспект. В периоды наиболее интенсивного развития (сензитивные периоды) психические функции, как правило, характеризуются снижением уровня резистентности к воздействию патогенного фактора. Именно поэтому они в первую очередь и нарушаются. За пределами сензитивного периода их устойчивость к неблагоприятным воздействиям повышается. Разные виды дизонтогенеза имеют разное соотношение поврежденных, недоразвитых и задержанных в развитии функций.

Õðàòèè iàðàìàòò. Характер и возрастная динамика межфункциональных связей. Развитие представляет собой изменения не столько в работе отдельных функций, сколько в отношениях между ними. Изменения в параметрах работы отдельных функций чаще всего рассматривают как следствие процесса развития, как его результат. В современной психологии принято выделять три типа межфункциональных связей, которые одновременно являются и генетическими этапами интеграционных процессов различных компонентов психики.

✓ Первый тип связей, свойственный для ранних этапов онтогенеза, характеризуется временной независимостью отдельных функций, в формировании которых явно доминируют процессы дифференциации.

- ✓ Второй тип называется ассоциативным. Он касается появления целостных комплексов пространственно-временной близости.
- ✓ Третий тип — иерархический, наиболее сложный с точки зрения организации. Это многослойная структура, при которой высшие уровни, реализующие работу более сложных функций, подчиняют себе низшие, связанные с действием элементарных психических процессов. Такой тип связей обладает высокой степенью пластичности и устойчивости.

В случаях отклоняющегося развития часто наблюдаются нарушения в формировании межфункциональных связей.

Отдельные элементы долгое время могут оставаться в изолированном состоянии, которое своевременно не изменяется на отношения соподчинения. Изоляция оказывает тормозящее влияние на весь ход психического развития. По сути, речь идет о нарушении интеграционных процессов, в основе чего могут лежать соответствующие нарушения внутри функциональной дифференциации, ее замедление или незавершенность.

×āōāāōōūé īāōāīāōō определяется особенностями взаимосвязей (соотношений) между первичными и вторичными нарушениями. Это соотношение часто называют структурой нарушенного развития. Идея структурной организации дизонтогенеза принадлежит Л. С. Выготскому.

Īāōāē÷īūā è āōīōē÷īūā īāōōōāīēū

Īāōāē÷īūā, èēè ŷāāōīūā, нарушения представляют собой мало обратимые изменения в параметрах работы той или иной функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора. Сразу же подчеркнем, что речь идет о нарушениях в работе именно психических функций, а не их анатофизио-логических предпосылок. Следует отметить, что при определенных условиях в развитии первично нарушенных функций может появляться определенная позитивная динамика.

Āōīōē÷īūā, èēè ñēñōāīūā, нарушения имеют иную природу и свойства, представляя собой обратимые изменения процесса развития психических функций, непосредственно связанных с первично нарушенной. Отсюда и само название — системные нарушения, то есть недостаточность определенных функций, возникающая вследствие существующей на данный момент системы межфункциональных связей. Подобные расстройства обладают большей степенью обратимости под влиянием коррекционных мероприятий, что не исключает в ряде случаев возможности спонтанного восстановления.

Характер взаимосвязи первичных и вторичных отклонений можно проиллюстрировать, используя нижеприведенную схему на рисунке 2. На ней весьма упрощенно представлен набор неких психических функций, объединенных ассоциативными связями. Представим, что функция под номером 6 первично нарушена. Тогда непосредственно связанные с ней

элементы под номерами 3, 5 и 9 должны проявить симптомы системных отклонений в своем развитии. Очевидно, что в данном случае имеет значение не только наличие прямой связи, но и степень ее прочности и близости. Чем она теснее, тем более выраженными будут вторичные нарушения, и наоборот. Функции под номерами 2 и 8 могут остаться относительно сохранными, в силу отсутствия указанных отношений с первично поврежденной.

Выраженность вторичных нарушений убывает по мере того, как непосредственные связи сменяются опосредованными. В специальной психологии при иллюстрации этого положения используется топографическая метафора — чем дальше функция находится от места первичного расстройства, тем меньше она подвержена вторичным отклонениям.

В литературе весьма часто употребляется понятие третичные нарушения, под которым имеют в виду нарушения разных сторон психики, не имеющих непосредственных связей с первично поврежденной функцией. Иногда в качестве критерия здесь выступает признак факультативности, то есть необязательности.

Иначе говоря, третичные нарушения рассматриваются в ряду индивидуально вариабельных признаков, необязательных для лиц с определенным типом дизонтогенеза.

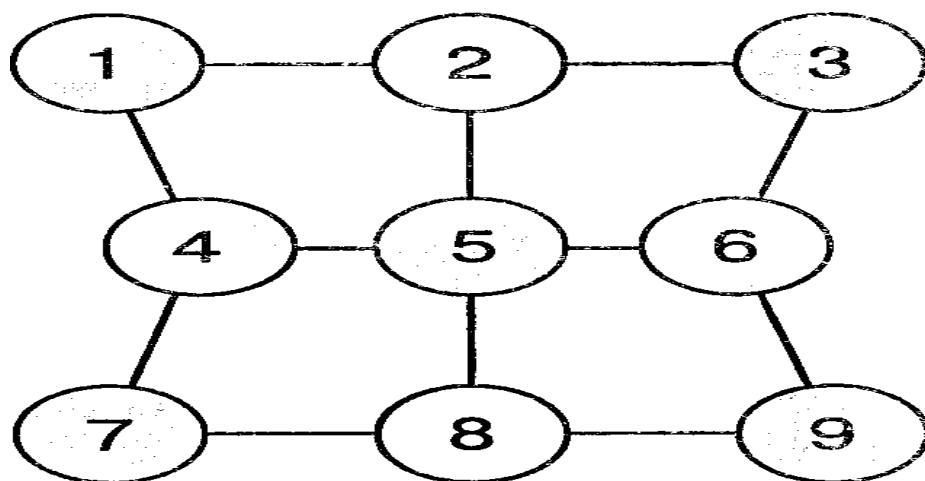


Рис. 2. Характер взаимосвязи первичных и вторичных отклонений

Можно предположить, что одно и то же первичное нарушение с возрастом будет менять состав вторичных отклонений. Этим объясняются существенные различия в структуре последних при одном и том же ядерном расстройстве у людей разного возраста.

Вместе с тем соотношение между симптомами первичных и вторичных отклонений в развитии определяется не только характером

межфункциональных связей и фактором хроногенности, но и во многом зависит от индивидуальных особенностей человека, в частности от его компенсаторных возможностей, и тем более от своевременности и адекватности коррекционной работы, эффективность которой тем выше, чем раньше она начинается.

Соотношение первичных и вторичных симптомов нарушенного развития характеризуется еще одной особенностью, обозначаемой термином вектральность. под которым понимают направленность распространения вторичных нарушений.

Выделяют два вида вектральности — «снизу вверх» и «сверху вниз». Первый вид свойственен для ситуации, при которой первично нарушается какая-то элементарная функция, а вторично недоразвиваются более сложные, надстраивающиеся над ней.

Формируясь на базе низших функций, высшие оказывают на них активизирующее влияние. На этом положении основывается представление о втором виде вектральности. В этом случае влияние носит обратную направленность: нарушение в сфере высших психических функций оказывает негативное воздействие на развитие и реализацию низших.

Возвращаясь к анализу приведенной схемы, обратим внимание на то, что в ситуации первичного нарушения какого-либо элемента (в данном случае это функция под номером 4) мы получаем набор других вторичных отклонений, обозначенных на схеме номерами 1, 7, 5. При этом последнее фигурировало в структуре вторичных отклонений и при расстройстве под номером 6. Это свидетельствует о том, что при разных первичных нарушениях возможно сочетание как общих (модально неспецифических), так и частных (модально специфических) вторичных отклонений в процессе психического развития. При этом неспецифические нарушения при разных первично поврежденных функциях не являются полностью идентичными.

Структура нарушенного развития не остается с возрастом неизменной. Ее динамика может быть как негативной, так и позитивной. Она во многом зависит от особенностей коррекционной работы, но при условии, что сама первично поврежденная функция в своих параметрах остается относительно неизменной.

Характер соотношений первичных и вторичных симптомов весьма сложен. Не всегда легко обнаружить первичное нарушение и отделить его от вторичных, в силу того, что последние могут быть весьма выраженными и тем самым маскировать ядерные расстройства. В подобных случаях не исключена диагностическая ошибка, при которой вторичные отклонения принимаются за первичные. Следствием этого могут быть неверные рекомендации относительно характера и направления коррекционной работы, снижающие эффективность последней.

Причины отклонений в психическом развитии

Любое отклонение в развитии всегда имеет свою причину, независимо от того, известна она нам или нет. Перечень подобных причин необыкновенно велик.

Обычно все многообразие патогенных факторов делят на эндогенные (наследственные) и экзогенные (средовые). В период внутриутробного развития на плод могут действовать заболевания матери (вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз и др.). При этом отмечается, что относительно легко протекающие заболевания у женщины могут приводить к тяжелым поражениям плода. К числу этиологических факторов относят также сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания, токсикозы беременности, иммунологическую несовместимость крови матери и плода, эмоциональные стрессы, перегревания, переохлаждения, действие вибрации, облучение, некоторые лекарственные препараты, употребление в период беременности алкоголя, табака, наркотиков и т. п. Тяжелыми по своим последствиям родовые травмы и асфиксии. Инфекционные и вирусные заболевания в раннем детстве также способны стать причиной отклонения в развитии.

Наряду с биологическими факторами не менее значима социально-психологическая детерминация. Отрыв ребенка от матери, недостаток эмоциональной теплоты, бедная в сенсорном отношении среда, бездушное и жестокое обращение могут выступать в виде причин различных нарушений психогенеза.

Если факторы биологического характера в большей степени составляют поле интересов клиницистов, то социально-психологический спектр ближе к профессиональной области педагогов и психологов.

Клинические исследования показывают, что одна и та же причина иногда приводит к совершенно различным отклонениям в развитии. С другой стороны, отличающиеся по характеру патогенные условия, могут вызвать одинаковые формы расстройств. Это означает, что причинно-следственные связи между патогенным фактором и нарушенным развитием могут носить не только прямой, но и опосредованный характер, что графически представлено на рисунке 3.

Кружками в верхнем ряду мы обозначили разнообразные этиологические факторы, а в нижнем ряду квадратами представлены варианты отклонений в психическом развитии. Стрелки демонстрируют описанные связи.

Таким образом, конечный эффект действия патогенного фактора, то есть конкретная форма нарушенного развития будет зависеть не только от него самого, но и от многообразных комбинаций опосредующих переменных.

1 *āđōīā īāđāīāīūō* (характеристики самого патогенного фактора):

- локализация вредоносного воздействия, влияние которого чаще всего избирательно, в результате чего пораженными могут оказаться самые различные структуры, органы и системы.

- Интенсивность - сила воздействия патогенного фактора напрямую определяет его конечный эффект, выраженность того или иного нарушения.

экспозиция, длительность воздействия. Чем дольше индивид испытывает на себе влияние патогенного фактора, тем тяжелее в конечном счете могут оказаться последствия.

- Частота. Даже если неблагоприятное воздействие будет кратковременным и достаточно слабым, при его частой повторяемости вероятен коммулятивный эффект, способный привести к серьезным расстройствам в развитии.

2 *āđōīā īāđāīāīūđ* (собственные свойства индивида, испытывающего на себе подобное влияние):

- возраст. Закономерность: связь возраста и тяжести последствий действия патогенного фактора обратно пропорциональна. Иначе говоря, чем меньше ребенок, тем хуже для него возможные последствия различных вредностей.

- компенсаторные возможности. Патогенные факторы вызывают реакцию сопротивления со стороны защитных систем, начиная с иммунной и заканчивая сложными компенсаторными реакциями в виде многообразных механизмов психологической защиты.

3 *āđōīā īāđāīāīūđ*: Конечный эффект деструктивных условий во многом определяется и тем, насколько быстро и эффективно пострадавшему будет оказана квалифицированная помощь, в том числе и психолого-педагогическая.

Все сказанное означает, что результат воздействия этиологического фактора всегда существенно опосредован сложнейшим сочетанием его характеристик и свойств самого индивида.

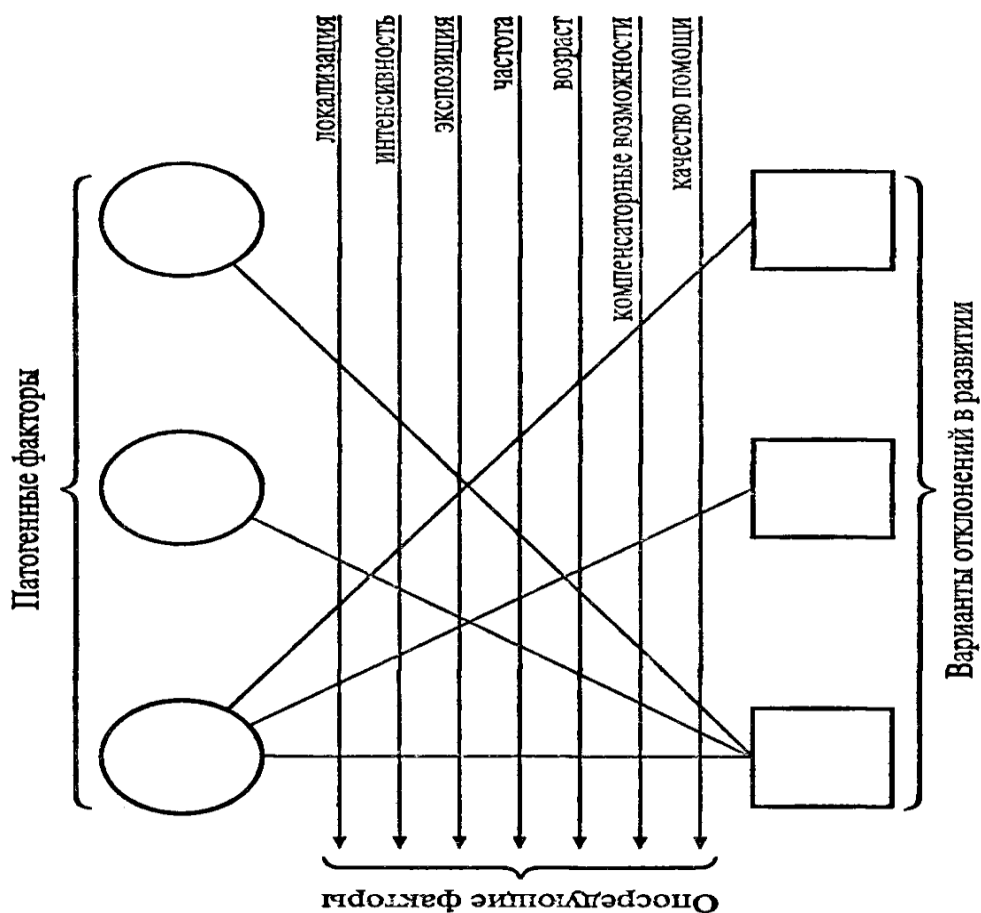


Рис. 3. Причинно-следственные связи между патогенными факторами и нарушенным развитием

Таким образом, проблема причинной обусловленности отклонений в развитии отнюдь не однозначна:

- Разные причинно-следственные связи разворачиваются в различных временных масштабах. Так, одни патогенные воздействия при определенной комбинации условий способны практически сразу вызывать выраженные расстройства; другие, напротив, проявляются в виде отдаленных последствий.
- Патогенное воздействие, как правило, приводит к формированию не самого феномена нарушенного развития, а лишь к появлению анатомо-физиологических предпосылок — относительно устойчивых нарушений центральной нервной системы. Данные предпосылки представляют собой уже непосредственную причину аномалий в процессе психического развития.
- Но соотношение анатомо-физиологического фактора и отклонений в развитии тоже неоднозначно и в чем-то напоминает связь задатков и способностей с отрицательным знаком. Задатки, будучи конституционными (даже психофизиологическими) предпосылками способностей, могут превратиться в последние лишь при благоприятных социальных условиях. Нечто подобное мы можем наблюдать и в случае

отклонений в развитии. Биологические детерминанты, безусловно, оказывают значительное влияние на появление отклонений в психическом развитии. Но далеко не последнюю роль в этом процессе играют неблагоприятные социальные факторы, способные в полной мере раскрыть негативный потенциал, заложенный в конституционных характеристиках дизонтогенеза.

- Сочетание таких внутренних и внешних неблагоприятных условий в совокупности образует особый аномальный или дизонтогенетический фактор, представляющий собой основную детерминанту нарушенного развития.

Классификации нарушений психического развития

Классифицирование представляет собой своеобразный метод познания общих закономерностей, лежащих в основе научного предмета.

Специальная психология также создает свои подразделения различных типов нарушенного развития. Их значительное количество связано с многообразием сторон, свойств и элементов развивающейся психики, каждый из которых может оказаться нарушенным в процессе своего становления в связи с действием патогенных факторов.

Классификации отличаются друг от друга в зависимости от критерия, взятого в качестве основания для группировок. Могут использоваться одновременно несколько критериев — тогда классификация приобретает более подробный характер.

Важным свойством такой группировки является возможность использовать ее на практике.

В научных исследованиях часто применяются так называемые рабочие, временные классификации, выступающие в качестве вспомогательного средства при решении конкретных задач.

Êëàññèôèêèèàðèèè ìðèèíàíèèè à ðàçàèðèèè

По времени их возникновения:

1. нарушения врожденные. Среди них выделяют подгруппу, связанную с наследственной патологией, ибо не все врожденное является наследственным, но все наследственное чаще всего бывает врожденным.

2. нарушения приобретенные (появившиеся уже после рождения). Выделяют: рано и поздно приобретенные. Возрастная граница между ними может быть различной. Так, в случаях нарушения слуха имеет значение время его потери относительно сроков развития речи, тех этапов, когда речь еще не начинала свое формирование, периодов первоначального развития и возраста, когда речь уже была относительно сформирована.

По обратимости возникающих отклонений:

1. необратимые
2. частично обратимые
3. практически обратимые. Особо важна скорость или темпы обратимости.

По этиологии (по основной причине, вызвавшей отклонение). Сами по себе этиологические факторы весьма разнообразны. Здесь уместно выделить нарушения *õäðááðàëüüí-îðãáíé÷ãñéíãí, îñëðîããüüíãí è ñîäðîããüüíãí îðîëñðîíçäãáíëü.*

Причины отклонений в развитии иногда предельно обобщают, объединяя в две большие группы — *ñîðèäèëüüüã è áéíëíãé÷ãñéèã.* Но в изолированном виде эти факторы выступают крайне редко. Поэтому при выделении групп отклоняющегося развития по данному критерию указывают на относительное преобладание в происхождении того или иного нарушения социально неблагоприятных условий или биологического фактора (будь то инфекция, интоксикация, асфиксия или травма).

С точки зрения клинического подхода все формы психических расстройств делятся: на два больших класса (по темпу процесса развития).

1. *éëäññ:*

- **ретардация**, запаздывание или приостановка психического развития любого происхождения. Бывает: общая (тотальная) и частичная (парциальная) – незрелость отдельных функций, сторон психики, в частности, школьных навыков — чтения, счета, письма или свойств личности.

- **недоразвитие** в разнообразных формах умственной отсталости. Выделяют две разновидности

2. *éëäññ ðãññððéñðã* – **асинхрония**. Она характеризуется сочетанием выраженного опережения в развитии одних функций со значительным отставанием темпа формирования других, что приводит к дисгармонии структуры психики, ее искажению и диспропорциональности.

А. В. Семенович предлагает свою нейропсихологическую классификацию отклонений в психическом развитии, выделяя следующие их формы, связанные с незрелостью отдельных мозговых структур:

- 1) функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга;
- 2) функциональная несформированность левой височной области;
- 3) функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистое тело);
- 4) функциональная несформированность правого полушария мозга;
- 5) функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер);

б) функциональная дефицитарность стволовых образований мозга.

Деление отклонений в развитии на:

1. *íííòàèòíðíúâ* – расстройства, в основе которых лежит патология какого-то одного органа или системы, например зрения, слуха, двигательной сферы и т.д.

2. *íóëíðèòàèòíðíúâ* – комбинация двух или более патологий, например слепоглухота или сочетание глухоты с умственной отсталостью и т.п.

Классификация по отдельным психическим функциям или формам деятельности (частный критерий): группы лиц с преимущественным нарушением восприятия, памяти, внимания, психомоторики, антиципации, письма, чтения, счета, звукопроизношения и т. д. Внутри каждой из указанных групп предполагается наличие подгрупповых образований, например по видам восприятия: зрительное, слуховое, осязательное и т. д.; по предметному содержанию восприятия: восприятие предметов, пространства, рисунков, лиц и т. п.

Такого рода классификации, использующие несколько несвязанных оснований, называются эмпирическими. Они также многочисленны, но в отличие от выше приведенных категориальных, в силу своей практической направленности, более популярны. Приведем примеры некоторых из них.

Эмпирическая классификация (Коберник Г. И. Синева В. Н. Введение в специальность дефектология. Киев, 1984.) выделяет следующие группы отклонений в развитии (или группы детей с отклонениями в развитии):

- 1) дети с сенсорными нарушениями (зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата);
- 2) дети с задержкой психического развития;
- 3) дети с астеническими, реактивными состояниями и конфликтными переживаниями;
- 4) дети с психопатоподобными формами поведения;
- 5) умственно отсталые дети;
- 6) дети с начальными проявлениями психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия и др.).

Эмпирическая классификация Т. А. Власова и М.С. Певзнер:

- 1) дети с отклонениями в развитии, вызванными с органическими нарушениями ЦНС;
- 2) дети с отклонениями в развитии в связи с функциональной незрелостью ЦНС;
- 3) дети с отклонениями в связи с депривационными ситуациями.

Еще одна классификация, предложена В. А. Лапиным и Б. П.

Пузановым:

- 1) дети с сенсорными нарушениями (зрения и слуха);
- 2) дети с интеллектуальными нарушениями (умственная отсталость и задержка психического развития);
- 3) дети с нарушениями речи;
- 4) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- 5) дети с комплексными, комбинированными расстройствами;
- 6) дети с искаженным (дисгармоничным) развитием.

Г. Н. Коберкик и В. Н. Синева строят похожую классификацию, выделяя следующие группы:

- 1) дети со стойкими нарушениями слуховой функции (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- 2) дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
- 3) дети со стойкими нарушениями интеллектуального развития на основе органического поражения центральной нервной системы;
- 4) дети с тяжелыми речевыми нарушениями;
- 5) дети с комплексными расстройствами;
- 6) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- 7) дети с задержкой психического развития;
- 8) дети с психопатическими формами поведения.

Как видно из приведенных примеров, некоторые подгруппы переходят из классификации в классификацию, иные представлены лишь в единичных вариантах, наконец, два класса из одной системы в другой объединяются. Они все же имеют определенное общее основание.

«Классификацией психических и поведенческих расстройств» международной системы болезней десятого пересмотра», принятой Всемирной организацией здравоохранения и действующей в настоящее время. Она также относится к классу эмпирических и содержит несколько разделов.

В настоящее время у нас наибольшую популярность приобрела классификация отклонений в развитии, предложенная В.В. Лебединским. Он выделяет шесть видов дизонтогенеза.

1. *Иñêðè÷àñêîâà ïàïðàçàèðèà*, типичной моделью которого является умственная отсталость.

2. *Çàÿâðàèííà ðàçàèðèà* —полиформная группа, представленная разнообразными вариантами инфантилизма, нарушений школьных навыков, недостаточностью высших корковых функций и т. д. В отличие от умственной отсталости характеризуется порциальной ретардацией и разными степенями обратимости.

3. *Ïàðàæàííà ïñêðè÷àñêîâà ðàçàèðèà* описывает случаи, при которых ребенок имел достаточно длительный период нормального развития,

нарушенного заболеваниями (прежде всего, центральной нервной системы) или травмами.

4. *Абсолютное развитие* представляет собой варианты психофизического развития в условиях глубоких нарушений зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата.

5. *Естественное развитие* — сочетание недоразвития, задержанного и поврежденного развития.

6. *Аномальное развитие* — нарушения в формировании личности. Типичной моделью данного вида дезонтогенеза могут быть различные формы психопатий.

Данная классификация также является эмпирической. Она достаточно компактна в силу того, что представленные в ней группы велики по своему качественному составу (полиформны). Но именно поэтому она удобна в использовании.

Эта классификация построена на основе других и, в частности, включает в себя классификации Г. Е. Сухаревой, Л. Каннера и Я. Луца. Такой ход в науке весьма распространен. Не всегда удается (да и не всегда в этом есть надобность) разработать принципиально новую систему. Чаще ученые идут по пути уточнения и расширения прежних группировок, делая их более дифференцированными.

Примером последнего может служить недавно предложенная классификация отклонений в развитии Н. Я. Семаго и М. М. Семаго. Авторы несколько видоизменили систему В. В. Лебединского, одновременно введя в нее новые группы (см. рис.4).

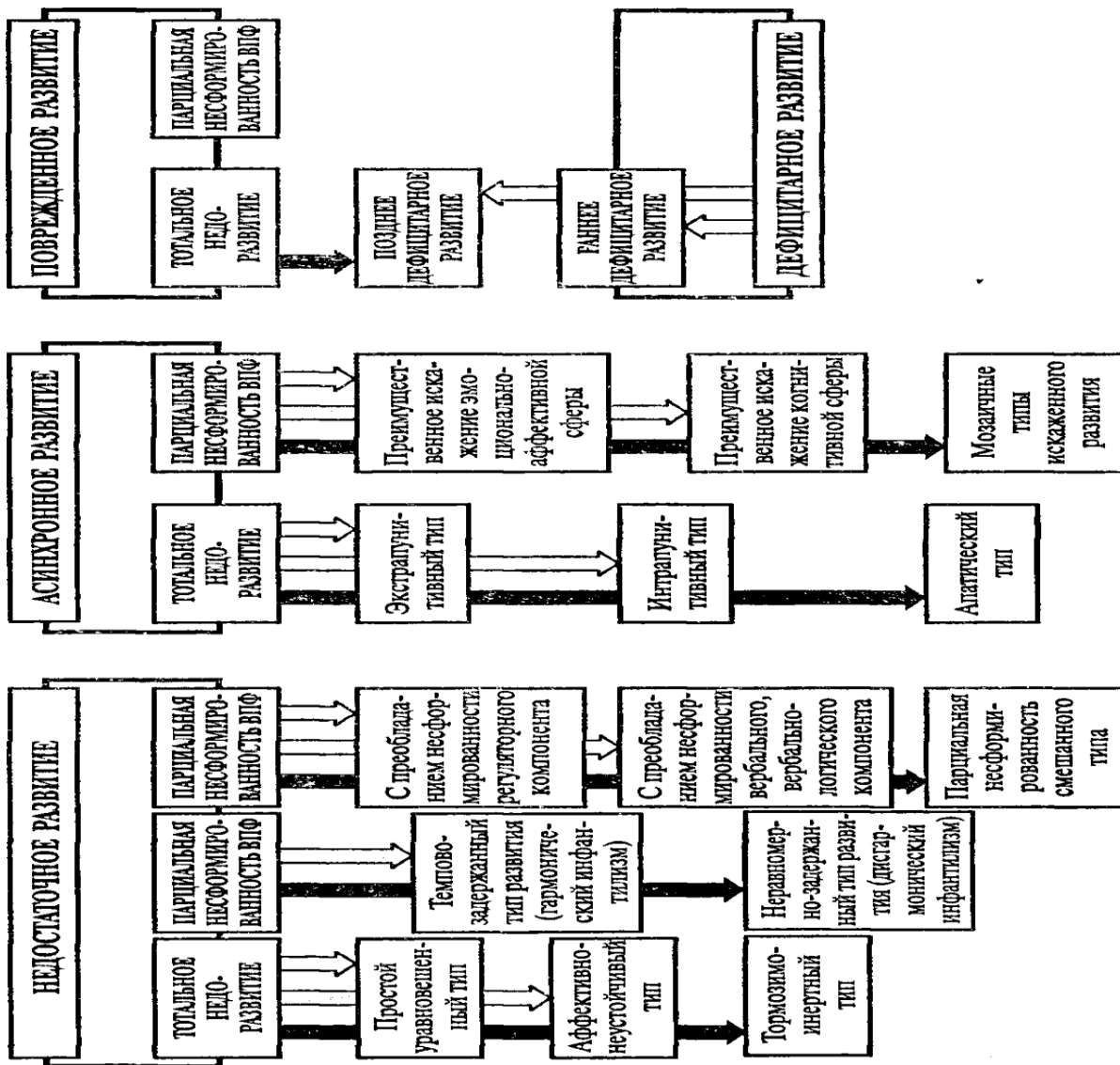


Рис.4. Типология отклоняющегося развития Н. Я. Сеаго и М. М. Сеаго

Клинико-психологические характеристика психического недоразвития

В клинике психическое недоразвитие рассматривается как синдром тотальной ретардации. В основе данной формы психического дизонтогенеза лежит недоразвитие всех сторон психики: познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, личности, потребностно-мотивационной сферы и пр. Однако ведущая роль в структуре общего психического недоразвития принадлежит недоразвитию познавательной деятельности.

Типичной моделью психического недоразвития является умственная отсталость. В Международной классификации болезней (МКБ, 10-й пересмотр) дается следующее определение умственной отсталости:

«Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое, в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т. е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей».

Как особая форма психического недоразвития умственная отсталость может возникнуть у ребенка вследствие различных причин.

По этиологии их можно условно разделить на две основные группы: эндогенную, обусловленную, как правило, генетическими факторами, и экзогенную, обусловленную внешними факторами (инфекции, отравления, травмы и пр.), – возникшие на различных этапах развития ребенка.

В отечественной психиатрии в основу классификации умственной отсталости положены этиопатогенетические характеристики (Сухарева Г. Е., 1973; Ковалев В. В., 1979 и др.).

В. В. Ковалев выделяет следующие основные формы умственной отсталости:

1. Умственная отсталость при хромосомных болезнях.
2. Наследственные формы умственной отсталости.
3. Смешанные по этиологии (экзогенно-эндогенные) формы.
4. Экзогенно обусловленные формы.

Классификация В. В. Ковалева по этиопатогенетическому признаку имеет несомненное значение для клинического анализа умственной отсталости.

Однако для психолого-педагогического анализа интеллектуального дефекта при умственной отсталости в практике чаще используется классификация М. С. Певзнер, которая выделяет пять форм умственной отсталости:

1. Неосложненная форма умственной отсталости.
2. Умственная отсталость с нарушениями нейродинамики.
3. Умственная отсталость в сочетании с нарушениями анализаторов.
4. Умственная отсталость в сочетании с грубыми нарушениями личности.
5. Умственная отсталость в сочетании с психопатоподобными формами поведения.

Психическое недоразвитие в детском возрасте проявляется в многочисленных синдромах ранней и стойкой общей отсталости.

Г. Е. Сухарева выделяет два признака общего психического недоразвития: это преобладание интеллектуального дефекта и отсутствие прогностичности (Сухарева, 1974). Психопатологическим стержнем психического недоразвития у взрослых, подростков и детей младшего школьного возраста является слабость абстрактного мышления в виде недостаточной способности к обобщению, пониманию причинно-следственных отношений, конкретно-ситуативного мышления (Выготский Л. С, 1984).

Классификация дизонтогенетических расстройств по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) предусматривает четыре основных направления (оси) диагностики.

Первое направление – это характеристика клинического синдрома.

Второе – по определению интеллектуального уровня от легкой до глубокой отсталости.

Третье – учитывает биологические факторы дизонтогенеза, т. е. этиологический диагноз. Четвертое – характеристика сопутствующих психосоциальных влияний (нарушение семейных взаимоотношений, стиль семейного воспитания, социальная и психическая депривация и пр.).

Представленные выше направления классификации умственной отсталости включают в себя не только биологические, но и социально-психологические факторы, влияющие на развитие ребенка с психическим недоразвитием. Как отмечают клиницисты, общее психическое недоразвитие при умственной отсталости часто сочетается с неспецифическими нарушениями.

По МКБ 10-го пересмотра ВОЗ выделяются следующие степени умственной отсталости:

F70 *Ἐὰν ἐὰν ὀϊὴ δὲ ἀϊίῃ ἰὸν δὲ εἰῆ δὲ ἰ.* Легкая умственная отсталость, которая характеризуется умеренной отсталостью, но способностью использовать речь в повседневных целях. Лица с легкой умственной отсталостью способны себя обслуживать (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря). Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости, особенно при усвоении чтения и письма. Они способны к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд. «В целом, у лиц с легкой степенью умственной отсталости поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминают проблемы у людей с нормальным уровнем интеллектуальности, нежели специфические проблемы у лиц с умеренной и тяжелой степенями умственной отсталости». Уровень интеллекта у лиц с легкой степенью умственной отсталости находится в диапазоне 50–69.

F71 *Ὄϊα δὲ ἀϊίῃ ὀϊὴ δὲ ἀϊίῃ ἰὸν δὲ εἰῆ δὲ ἰ.* У лиц этой категории, несмотря на замедленное развитие и понимание речи, отмечается задержка в ее развитии. Отстает и развитие моторики и навыков самообслуживания. Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Некоторые из лиц с умеренной умственной отсталостью нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее такие люди в общем полностью мобильны и физически активны, большинство из них

Àñòáíè÷áñêàÿ ôíðìà характеризуется неглубоким нарушением интеллекта. В структуре интеллектуального дефекта у детей наблюдается нарушение школьных навыков, которые диагностируются, как правило, в начале школьного обучения. В раннем детстве и в дошкольные годы родители таких детей не замечают отставания в их умственном развитии. У большинства из них наблюдаются недоразвитие речи и эмоционально-волевая неустойчивость. В структуре интеллектуального дефекта у этой группы детей преобладают недоразвитие зрительно-пространственных функций, трудности установления последовательных умозаключений в рассказах, сниженный уровень обобщений.

Внутри этой группы Д. Н. Исаев выделяет несколько клинических подгрупп:

- 1) брадилалический вариант, при котором наблюдается замедленный темп психических процессов, особенно в мышлении и речи;
- 2) дислалический вариант, когда ярко выражено недоразвитие речи;
- 3) диспрактический вариант с заметным нарушением тонкой моторики;
- 4) дисмнемический вариант, при котором наблюдается резко выраженное нарушение памяти.

Àòííè÷áñêàÿ ôíðìà. Наряду с интеллектуальной недостаточностью разной степени глубины у детей с этой формой психического недоразвития наблюдается аспонтанность, бедность, невыразительность эмоций. Это проявляется в сниженной потребности в эмоциональных контактах, в межличностных коммуникациях. Кроме того, на фоне умственной отсталости, у детей этой группы наблюдается выраженная неспособность к психическому напряжению, что проявляется в чрезмерной отвлекаемости, в двигательном беспокойстве и пр.

Внутри этой группы автор выделяет:

аспонтанно-апатический вариант, который характеризуется снижением активности, ограничением интересов;

акатизический вариант, когда у ребенка проявляется бессмысленная активность, непоседливость и двигательное беспокойство;

мориоподобный вариант, проявляющийся в нарушении поведения на фоне эйфории, в склонности к дурашливости.

Ìðè äèññòíðè÷áñêé ôíðìà психического недоразвития у детей на фоне умственной отсталости наблюдается выраженная аффективная напряженность.

Ñòáíè÷áñêàÿ ôíðìà психического недоразвития характеризуется неравномерным созреванием интеллектуальных, мнемических и эмоционально-волевых процессов. У больных ярче выражены и стойкие побуждения, и влечения, что способствует формированию у них упорства в преодолении возникающих препятствий.

Внутри этой группы различают два основных варианта: уравновешенный и неуравновешенный. У последних отмечается сочетание

интеллектуальной недостаточности с суетливостью, двигательным беспокойством, эмоциональной неустойчивостью.

Представленная классификация отличается содержательными характеристиками, отражающими сложную психопатологическую структуру дефекта при психическом недоразвитии.

Клинико-психологические характеристика задержанного психического развития

В детском возрасте замедленный темп психического развития встречается значительно чаще, чем психическое недоразвитие. Обычно задержки психического развития (ЗПР) диагностируются у детей к окончанию дошкольного возраста или при поступлении в школу.

ЗПР проявляется:

- а) в пониженном общем запасе знаний;
- б) в ограниченности представлений;
- в) в малой интеллектуальной целенаправленности.

Клинико-психологическое изучение детей с задержкой психического развития начато сравнительно недавно. Первым значительным исследованием в этой области была монография А. Штрауса и Л. Летинен (A. Strauss, L. Lehtinen, 1947). Авторы описывали особенности психического развития детей с минимальными повреждениями мозга. В числе этих особенностей отмечались следующие: стойкие трудности в обучении, неадекватное поведение, но сохраненные интеллектуальные возможности. Авторы подчеркивали, что необходимо отличать таких детей от умственно отсталых.

Другие исследователи указывали на то, что интеллектуальная недостаточность у детей с ЗПР является вторичной, обусловленной нарушениями предпосылок интеллекта памяти, внимания, речи, эмоционально-волевых и других характеристик личности (К. Jaspers, 1963).

В нашей стране в конце 60-х годов появляются первые клинические и педагогические исследования проблемы ЗПР.

Г. Е. Сухарева для обозначения состояний, определяющих стойкую школьную неуспеваемость, но отличающихся от легких форм умственной отсталости, предложила термины «задержки психического развития» и «задержки темпа психического развития». Эта группа, по мнению автора, разнородна по этиологическим, патогенетическим и клиническим параметрам. Наряду с обратимыми состояниями в состав группы детей с ЗПР входят случаи с более стойкой интеллектуальной недостаточностью.

Исходя из этиопа-тогенетических принципов, Г. Е. Сухарева выделяет формы нарушений интеллектуальной деятельности у детей с «задержкой темпа психического развития»:

- 1) интеллектуальная недостаточность в связи с неблагоприятными условиями среды, воспитания или патологией поведения;

- 2) интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;
- 3) нарушения при различных формах инфантилизма;
- 4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма;
- 5) функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы (Сухарева, 1965).

М. С. Певзнер также рассматривала «задержки психического развития» вне рамок умственной отсталости, как самостоятельную группу заболеваний и состояний. В группу ЗПР она включала разные варианты инфантилизма (психофизического и психического), интеллектуальные нарушения при церебрастенических состояниях, дефектах слуха, речи, отклонениях в характере и поведении.

В отечественной психопатологии и психиатрии классификация ЗПР строится на этиопатогенетическом принципе, когда форма ЗПР определяется причиной ее возникновения.

В. В. Ковалев выделяет четыре основные формы ЗПР:

- дизонтогенетическая форма ЗПР, при которой недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного психического развития ребенка;
- энцефалопатическая форма ЗПР, в основе которой лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза;
- ЗПР в связи с недоразвитием анализаторов (слепота, глухота, недоразвитие речи и пр.) и обусловленная действием механизма сенсорной депривации;
- ЗПР, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (педагогическая запущенность) (Ковалев, 1979).

Внутри каждой формы автор выделяет различные варианты.

В работах К. С. Лебединской выделяются четыре основных варианта ЗПР:

- конституционального происхождения;
- соматогенного происхождения;
- психогенного происхождения;
- церебрально-органического генеза.

Каждый из этих типов может быть осложнен соматическими, энцефалопатическими, неврологическими и другими заболеваниями и иметь свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоционально-волевой сферы и нарушений познавательной деятельности.

В 60-е годы появляются первые психолого-педагогические исследования задержки психического развития у детей. В этих работах подчеркивались трудности, наблюдаемые у этих детей при овладении чтением, письмом, математикой. Отмечалась недостаточная сенсомоторная координация, общая моторная неловкость, импульсивность, эмоциональная

сверстников в общем психическом развитии. В. В. Ковалев отмечает, что незрелость эмоционально-волевых свойств личности у детей с гармоническим инфантилизмом в пубертатном возрасте нередко сменяется личностной дисгармонией (Ковалев, 1979). Интеллектуальная недостаточность у детей с неосложненным инфантилизмом имеет вторичный характер, определяемый отставанием в созревании компонентов формирующейся личности. Это проявляется в преобладании конкретно-действенного и наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим.

Íðíñòé ïñèðè-áñéèé èíòàíòèèèçì в практике встречается достаточно редко. Значительно чаще наблюдается осложненный психический инфантилизм, сочетающийся с другими психопатологическими синдромами и симптомами. Внутри этой группы выделяется дисгармонический инфантилизм и органический инфантилизм. Дисгармонический инфантилизм проявляется в сочетании психического инфантилизма с отдельными патологическими чертами характера, такими как эффе́ктивность, возбудимость, эгоцентризм и пр. (Сухарева, 1959). Ковалев подчеркивает, что у детей с дисгармоничным инфантилизмом с возрастом формируется психопатии преимущественно истероидного, неустойчивого и возбудимого типа (Ковалев, 1985).

Íðáàíè-áñéèé èíòàíòèèèèçì характеризуется сочетанием психического инфантилизма с психоорганическим синдромом (Сухарева, 1965; Мнухин, 1968; Лебединская, 1982; Лебединский, 1985 и др.). Как правило, этот вид инфантилизма возникает в связи с последствиями ранних органических повреждений головного мозга разного генеза, чаще всего вследствие мозговых инфекций или травм. Ковалев рассматривает органический инфантилизм как форму резидуально-органической психической патологии смешанного (дизонтогенетически-энцефалопатического) патогенеза (Ковалев, 1979). В клинической картине как и при простом инфантилизме имеются признаки незрелости эмоционально-волевой сферы, непосредственность, повышенный интерес к игровой деятельности, но в сочетании с пограничной интеллектуальной недостаточностью, обусловленной нарушением ряда предпосылок интеллектуальной деятельности: внимания, памяти, психической работоспособности (Ковалев, 1985). С возрастом у таких детей более отчетливо наблюдается интеллектуальная недостаточность, которая проявляется в снижении школьной успеваемости. У части детей наблюдаются психопатоподобные и неврозоподобные реакции.

Внутри осложненного инфантилизма В. В. Ковалев выделяет отдельные варианты: церебрастенический, невропатический, диспропорциональный, эндокринный, психогенный варианты (Ковалев, 1985). В исследованиях психологов было выявлено, что недостаточная целенаправленность, повышенная эмоциональность детей с неосложненным инфантилизмом негативно отражается на формировании познавательных процессов.

Особое место в структуре задержки психического развития у детей с инфантилизмом занимает выраженная истощаемость внимания, особенно при интеллектуальных нагрузках. В процессе игровой деятельности продуктивность внимания у них улучшается, что говорит о зависимости интеллектуальной продуктивности у детей с инфантилизмом от мотивации.

Исследования памяти детей с психическим инфантилизмом показало, что у них более высокий уровень развития зрительной памяти в сравнении со слухоречевой. Многие дети испытывали существенные трудности в организации мнемической деятельности и контроле.

Незрелость эмоционально-волевой сферы у детей с психическим инфантилизмом проявляется в особенностях их мыслительной деятельности. У них наблюдается преобладание конкретно-образного мышления над абстрактно-логическим. Исследования показали достаточную сформированность мыслительных операций, но неравномерную познавательную активность, что снижает продуктивность их интеллектуальной деятельности (Лебединский, 1985).

İðè ìñéàíáííù ìñèðè÷áñéù èíòáíòèèèçìá в клинической картине, наряду с чертами детскости, незрелости психики, отмечается ряд других патологических проявлений. При психологическом исследовании наблюдаются трудности переключения внимания, сниженный объем памяти как в зрительной, так и в слуховой модальностях, тугоподвижность мыслительных операций, недоразвитие зрительно-пространственных функций (Ковалев, 1979; Лебединский, 1985; Мамайчук, Трошихина, 1997 и др.).

Исследования личностных особенностей детей с психическим инфантилизмом выявило их дисгармоничную структуру, неадекватную самооценку, неадекватные способы эмоционального реагирования на конфликтную ситуацию. Причем наиболее стойкие личностные нарушения наблюдались у детей с осложненным психическим инфантилизмом. В отличие от младших школьников с неосложненным инфантилизмом у детей с органическим инфантилизмом наблюдалось достоверное снижение показателя адаптации, склонность к повышенной фиксации на источнике конфликта, неадекватные способы разрешения конфликтной ситуации, а также примитивные способы психологической защиты (регрессия, вытеснение).

Ñíàòíááíáü óíðíà çáááðæèè ìñèðè÷áñéù ðàçáèðèèü была выделена еще в работах Г. Е. Сухаревой. При ряде хронических соматических заболеваний могут наблюдаться массивные интоксикации (например, при заболевании почек, печени, онкологических заболеваниях) и явления гипоксии (легочные и сердечно-сосудистые заболевания). Это приводит к нарушению деятельности развивающегося мозга ребенка. Одной из наиболее распространенных форм реагирования центральной нервной системы ребенка на интоксикацию или гипоксию является астения.

Ἀσθένεια (от греч. – asthenela) означает физическую и психическую слабость, бессилие. Астения это одна из распространенных, хотя и не единственная форма реагирования центральной нервной системы на самые разнообразные внешние и внутренние вредности: психогенные, травматические, соматогенные и др.

Традиционно выделяются четыре наиболее типичных компонента астении: раздражительность, слабость, расстройства сна, вегетативные нарушения (цит. по: Николаева, 1987). Каждый из этих компонентов входит в три основные формы астенических состояний: гиперстензия, синдром раздражительной слабости, гипостенический синдром (синдром истощения). У детей с хроническими соматическими заболеваниями гиперстензия проявляется в повышенной утомляемости, что в значительной степени снижает уровень их поисковой активности. Раздражительная слабость проявляется у них в капризности, в немотивированных криках, в неустойчивом сне.

Клинико-психологическая характеристика поврежденного психического развития

В отличие от других форм дизонтогенеза поврежденное развитие обусловлено более поздним (после 2,5–3 лет) патологическим воздействием на мозг ребенка, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформировалась, и их недостаточность проявляется в признаках повреждения.

Характерной моделью поврежденного развития является органическая *ἄσθηνεια*, распад психических функций.

В клинике различают два основных вида деменции – это резидуальная органическая деменция и прогрессирующая деменция. Резидуальная деменция проявляется в слабоумии, возникшем в результате остаточного поражения мозга из-за травмы, инфекции, интоксикации. Прогрессирующая деменция становится следствием хронически протекающего менингита, менингоэнцефалита, опухолевого процесса, эпилепсии, склероза и пр. В патогенезе и формировании клинико-психологических проявлений органической деменции кроме этиологии важное значение имеет время приобретения заболевания, а также степень распространенности локализации процесса.

Г. Е. Сухарева на основе клиникопсихологического анализа выделила четыре типа органических деменции у детей в зависимости от ведущего патопсихологического синдрома.

Первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня обобщений.

У второго типа на первый план выступают грубые нейродинамические расстройства. Это заметно по резкой психической истощаемости, по плохой

переключаемости и устойчивости внимания, по нарушению логического строя мышления с выраженной склонностью к персеверациям.

При третьем типе органической деменции резко выступает недостаточность побуждений к деятельности, что проявляется в вялости, апатии, снижении активности мышления.

При четвертом типе – в центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления, с грубым расстройством внимания, импульсивностью (Сухарева, 1959). В. В. Лебединский отмечал, что у детей четвертого типа органической деменции наблюдалось выраженное полевое поведение. Они отличались хаотичной двигательной расторможенностью, действиями по первому побуждению, склонностью к дурашливости и кратковременными агрессивными вспышками. Грубые нарушения познавательной деятельности у детей четвертого типа проявляются в нецеленаправленности внимания, в непродуктивности запоминания и фрагментарности воспроизведения. У этих детей выявлено также недоразвитие пространственного анализа и синтеза, фрагментарность восприятия, наблюдается нарушение критики своего поведения.

У детей с третьим типом органической деменции в психическом статусе доминировали вялость, медлительность, пассивность. Отмечалась эмоциональная бедность, слабость побуждений, отсутствие интеллектуальных интересов (Лебединский, 1985).

По локализации повреждения традиционно выделяются две группы детей с поврежденным развитием: локальное поврежденное развитие и диффузное поврежденное развитие.

Идеи развития специфика формирования когнитивных процессов определяется локализацией поражения

Абсолютно выраженные нарушения психических функций. Это проявляется в грубом нарушении работоспособности, в трудностях регуляции своей деятельности, а также в многочисленных аффективных нарушениях. В связи с этим компенсация дефекта при таком типе развития значительно снижена.

При поврежденном психическом развитии ребенок приобретает дефект не раньше 2,5–3 лет, когда основные функциональные структуры мозга у него уже сформировались, однако время приобретения дефекта имеет важное значение при анализе специфики поврежденного развития.

Структура дефекта при поврежденном развитии в отличие от психического недоразвития отличается парциальностью (частичностью) расстройств. Это могут быть грубые локальные корковые или подкорковые нарушения, что наглядно проявляется в нарушении гнозиса, праксиса, а также в регуляции поведения. В детском возрасте это, как правило, корково-подкорковые нарушения, но в более старшем возрасте может иметь место первичное повреждение лобных систем. Наряду с выпадением отдельных

частных корковых функций у ребенка прежде всего отмечаются расстройства эмоциональной сферы.

Структура психического дефекта при поврежденном развитии отличается выраженной полиморфностью. Это проявляется в разнообразных интеллектуальных, эмоционально-волевых и личностных нарушениях. Динамика дефекта при поврежденном развитии чрезвычайно своеобразна. Повреждение ведет к явлениям изоляции отдельных систем, распаду сложных иерархических функциональных связей, что нередко приводит к грубым регрессам интеллекта и поведения.

Наиболее тяжелые нарушения психики наблюдаются у детей вследствие перенесенных менингитов и менингоэнцефалитов, при которых могут возникнуть три основных вида слабоумия:

- органическое слабоумие с грубым нарушением мыслительных операций;
- задержка психического развития с нарушением предпосылок в развитии интеллекта (память, внимание и др.);
- психопатоподобное поведение с грубым нарушением эмоционально-волевой сферы.

В отличие от умственной отсталости у детей с органическим слабоумием вследствие перенесенного менингита или менингоэнцефалита наблюдается выраженное нарушение нейродинамики психических процессов, нарушения целенаправленности мышления и более выраженное нарушение критичности.

Поврежденное развитие может наблюдаться и у детей, перенесших тяжелые травмы головного мозга. В клинической практике различают два вида черепно-мозговых травм

– это контузия (тяжелая травма мозга) и комоция (сотрясение мозга) и три стадии динамики последствий травмы: острая, подострая и резидуальный период. В отличие от комоции, при контузии в острой стадии (сразу после травмы) наблюдаются длительное расстройство сознания, коматозные состояния, оглушенность, сонливость. У больного наблюдается нарушение ориентировки в окружающем.

При комоции в острой стадии отмечается кратковременное расстройство сознания. Однако в обоих случаях у больного наступает адинамия, астения, могут наблюдаться речевые нарушения, амнезии, расстройства сна и пр.

В острый период при контузиях могут проявляться также тяжелые психические расстройства в виде двигательного возбуждения, эйфории, нарушения критики, нелепого поведения и грубых амнестических расстройств.

В подострой стадии у больного после контузии наступают оглушенность, растерянность, сумеречные состояния, головные боли с головокружением. Нарастает амнезия, могут наблюдаться расстройства речи.

При комации также могут наблюдаться головные боли и головокружение, но без выраженной амнезии и расстройства сознания.

В резидуальный период в обоих случаях наблюдаются церебрастении и вестибулярные расстройства. Как показывают исследования, в структуре посттравматического дефекта имеют место явления стойкого, часто необратимого регресса ряда психических функций: нарушения внимания, памяти, динамики мыслительных процессов.

М. О. Гуревич, изучая отдаленные последствия поврежденного развития при травмах мозга, выделяет четыре клинических этапа:

1. *Òðààìàðè÷àññèàÿ òððàáäàññèàöèè*, при которой у больного наблюдается неспособность к умственному напряжению, повышенная утомляемость. В целом адаптация детей удовлетворительная. Они продолжают обучаться в школе, однако при усложнении жизненной ситуации у них могут наблюдаться обострения в виде головокружения, нарушения сна, снижения общего психического тонуса. Наши исследования показали, что при травматической церебрастении наблюдается выраженное нарушение объема и переключаемости внимания, снижение объема памяти в слуховой и зрительной модальностях, нарушение динамики мыслительных процессов. В структуре их личности четко прослеживается повышенная фрустрированность, эмоциональная неустойчивость, ригидность поведения (Мамайчук И. И., 1989).

2. *Òðààìàðè÷àññèàÿ òððàáäðèàöèè* проявляется у детей либо в апатии, вялости, общей заторможенности, т. е. в апатодинамическом синдроме либо, наоборот, в повышенной возбудимости, в двигательной расторможенности. У детей наблюдается эйфория, отменяется беспечность, могут наблюдаться такие аффективные реакции, как агрессивность, взрывчатость. Дети этой группы испытывают существенные затруднения в обучении в школе. На фоне общей неуспеваемости у них наблюдается выраженное психопатоподобное поведение. Обращает на себя внимание неадекватность самооценки и снижение критики своего состояния.

3. *Òðààìàðè÷àññèàÿ ñèààíîèà* проявляется не только в снижении интеллектуальной деятельности, но и в снижении интеллектуальной активности у ребенка. В структуре личности отмечается выраженное снижение критики своего состояния, нарастает бездеятельность. Мыслительные операции отличаются тугоподвижностью, ригидностью, в некоторых случаях отмечается амнестическая афазия.

4. *Òðààìàðè÷àññèàÿ ÿèèèññèèè*. В различные сроки после травмы мозга у детей могут возникнуть эпилептические припадки. На их фоне у больного появляется травматическая астения, наблюдаются нарушения личности, что проявляется в повышенной агрессивности, аффективности, в психопатоподобном поведении. У большинства детей снижается интеллектуальная работоспособность и учебная деятельность в целом (Гуревич М. О., 1932).

Клинико-психологическая характеристика искаженного психического развития

Èñèàæáííá ðàçâèðèà – это тип дизонтогенеза, при котором наблюдаются сложные сочетания общего психического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, что приводит к ряду качественно новых патологических образований.

Одним из клинических вариантов этого типа дизонтогенеза является ранний детский аутизм (РДА). Слово аутизм происходит от латинского слова *autos* – сам и означает отрыв от реальности, отгороженность от мира. В настоящее время существует много подходов к проблеме РДА, и чтобы лучше понять эти подходы, необходимо обратиться к истории проблемы раннего детского аутизма в зарубежной и отечественной науке.

Башина В. М. выделяет четыре основных этапа в становлении этой проблемы.

Первый, донозологический, период конца XIX – начала XX веков характеризуется отдельными упоминаниями о детях со стремлением к уходом и одиночеству.

Второй, так называемый доканнеровский, период, приходящийся на 20–40-е годы прошлого столетия, когда обсуждался вопрос о возможности выявления у детей шизофрении (Сухарева Г. Е., 1974).

Третий (1943–1970 гг.) ознаменован выходом в свет кардинальных работ по аутизму Л. Каппег (1943) и Н. Asperger (1944). Впервые этот синдром был описан в 1943 г. американский детский психиатром Каннером (Л. Каппег).

Независимо от него австрийский психиатр Аспергер (Н. Asperger) в 1944 г. описал близкое состояние у детей, назвав его аутистической психопатией. В своей первой работе Л. Каппег охарактеризовал РДА как особое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики, которое он отнес к состояниям так называемого «шизофренического» спектра.

В последующие годы РДА рассматривался как конституциональное особое состояние. Вроно М. Ш. и Башина В. М. (1975) рассматривали аутизм как аутистическое состояние, возникающее у ребенка после приступа шизофрении. Мнухин С. С. с соавторами еще в 1947 году выдвинул концепцию органического происхождения РДА. Ряд исследователей указывали на полиэтиологичность РДА, связывая его происхождение с органическими, реактивными причинами, последствиями нарушения симбиоза между матерью и ребенком, нарушениями адаптационных механизмов у незрелой личности (Rutter M., 1972 и др.).

В отечественной психиатрии подход к классификации РДА неоднозначен. Например, Ковалев В. В. (1985) выделяет две основные формы РДА – процессуальный (шизофренический) и непроцессуальный. Психопатологические особенности детей с РДА при шизофрении связаны не

с отсутствием потребности в контактах, а с болезненными переживаниями ребенка, которые проявляются в патологических фантазиях, в рудиментарных бредовых образованиях. В связи с этим поведение детей с процессуальным синдромом отличается выраженной причудливостью, вычурностью, диссациированностью.

К. С. Лебединская на основе этиопатогенетического подхода выделяет пять вариантов РДА:

- РДА при различных заболеваниях центральной нервной системы,
- психогенный аутизм,
- РДА шизофренической этиологии,
- при обменных заболеваниях,
- при хромосомной патологии.

РДА при различных заболеваниях ЦНС (органический аутизм) сочетается с теми или иными проявлениями психоорганического синдрома. Это проявляется в психической инертности ребенка, в двигательной недостаточности, а также в нарушении внимания и памяти. Кроме того, у детей наблюдается рассеянная неврологическая симптоматика: признаки гидроцефалии, изменения по органическому типу на ЭЭГ, эпизодические судорожные припадки. Как правило, у детей наблюдаются задержки речевого и интеллектуального развития.

Психогенный аутизм по данным западных психиатров и психологов возникает преимущественно у детей раннего возраста (до 3–4 лет), растущих в условиях эмоциональной депривации, т. е. при длительном отсутствии материнской ласки, неправильном воспитании, в интернатах и пр. Он характеризуется нарушением контакта с окружающими, эмоциональной индифферентностью, пассивностью, безучастностью, отсутствием дифференцированных эмоций, задержкой развития речи и психомоторики. В отличие от других вариантов РДА психогенный аутизм при нормализации условий воспитания может исчезнуть. Однако в случае пребывания ребенка в неблагоприятных условиях первые три года жизни аутистическое поведение и нарушение речевого развития становится стойким.

Дети с РДА шизофренической этиологии отличаются более выраженной отгороженностью от внешнего мира и слабостью контактов с окружающими. У них наблюдается выраженная диссоциация психических процессов, стирание границ между субъективным и объективным, погружение в мир внутренних болезненных переживаний и патологических фантазий, наличие рудиментарных бредовых образований и галлюцинаторных феноменов. В связи с этим их поведение отличается причудливостью, вычурностью, амбивалентностью. Например, при отгороженности, малой контактности и эмоциональной невыразительности в общении с близкими дети могут быть общительными, разговорчивыми, доверчивыми с посторонними лицами. Однообразное, вялое поведение детей может прерываться немотивированными агрессивными поступками, разрушительными действиями. Кроме того, у детей может наблюдаться

продуктивная психопатологическая симптоматика. Это проявляется в наличии постоянных страхов, в деперсонализации, в псевдогаллюцинаторных переживаниях.

К. С. Лебединская выделяет два важных диагностических признака РДА шизофренического генеза:

– если хотя бы короткий промежуток времени до возникновения аутизма у ребенка наблюдалось нормальное психическое развитие;

– если имеются признаки прогрессивности (прогрессирования заболевания) в виде нарастания психического дефекта (углубление вялости, аспонтанность, распад речи, регресс поведения с утратой приобретенных навыков).

Синдром раннего детского аутизма в отличие от других аномалий развития характеризуется наибольшей сложностью и дисгармоничностью как в клинической картине, так и в психологической структуре нарушений, и является сравнительно редкой патологией ее развития.

По данным исследования В. Е. Кагана, его распространенность колеблется от 0,06 до 0,17 на 1000 детского населения. Причем у мальчиков РДА встречается чаще, чем у девочек.

Основными признаками РДА при всех его клинических вариантах являются:

- *Íááíñðàðîí-íá èèè ïëíá îññóñðáèà ïððááííñðè á èíðàèèð ñ íèðóæàðíèè.*
- *Íðáíðíæáííñðè ò àíáóíáí ìèðà.*
- *Ñèàáíñðè ÿíöèíàèüíáí ðáðáèðááíèý ï òííðáíèè è áèèçèè*, даже к матери, вплоть до полного безразличия к ним (аффективная блокада).
- Неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы. Нередко таких детей считают агрессивными: когда они хватают другого ребенка за волосы или толкают его как куклу. Такие действия указывают на то, что ребенок плохо различает живой и неживой объекты.
- *Íááíñðàðîí-íá ðááèèè ìà çðèðáèüíá è ñèðóíáíá ðàçáðáèèðáèè* заставляет многих родителей обращаться к офтальмологу или сурдологу.
- *Íðèááðæáííñðè è ñíðáíèèèè ìàèçíáííñðè íèðóæàðíáí* (феномен тождества по L. Kanner). Этот феномен проявляется у детей с аутизмом очень рано, даже на первом году жизни. Родители ребенка с аутизмом рассказывали, что маленький Митя сосал импортную соску «беби-микс». Когда соска стала непригодна, отец вытащил ее изо рта спящего ребенка, выкинул в форточку и заменил обычной отечественной соской. Ребенок проснулся ночью, кричал, выплевывал новую соску. Родителям пришлось выйти на улицу и ночью искать старую соску под окнами.
- *Íáíðíáèè* (боязнь всего нового) проявляются у детей-аутистов очень рано. Дети не переносят перемены места жительства, перестановки кровати, не любят новую одежду и обувь.
- *Íáííáðáçíá ïááááèè ñí ñèèíííñðèè è ñðááíèèèíí, ìèèèèèíí ááèæáíèè* (вращение кистей рук перед глазами, перебирание пальцев, сгибание и

разгибание плечей и предплечий, раскачивание туловищем или головой, подпрыгивание на носках и пр.).

- *Ḍā÷āāîā îāḏḏōāîèÿ* при РДА разнообразны. В более тяжелых формах РДА наблюдается мутизм (полная утрата речи), у некоторых больных отмечается повышенный вербализм, проявляющийся в избирательном отношении к определенным словам и выражениям. Ребенок постоянно произносит понравившиеся ему слова или слоги. Весьма характерным при РДА является зрительное поведение, что проявляется в непереносимости взгляда в глаза, «бегающий взгляд» или взгляд мимо. Для них характерно преобладание зрительного восприятия на периферии поля зрения.

В. В. Лебединский с соавторами предложил рабочую гипотезу, позволяющую представить механизмы психических расстройств у детей с ранним детским аутизмом, препятствующие их нормальному психическому развитию. Среди этих расстройств авторы выделяют:

1. Дефицит психической активности ребенка.
2. Нарушение инстинктивной сферы.
3. Нарушение сенсомоторных функций.
4. Нарушение двигательной сферы и речи.

Причины этих нарушений авторы делят на две основные группы:

Группа 1 – нарушения, обусловленные недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективной);

Группа 2 – нарушения, обусловленные дефицитностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных).

Клинико-психологический анализ показал, что у детей с недостаточностью регуляторной системы в структуре психического дефекта наблюдается низкая концентрация внимания, слабость моторного тонуса, нарушения восприятия, что проявляется в выраженной аффективной его окраске. Их поведение отличается выраженной парадоксальностью. Находясь в постоянном сенсорном дискомфорте, дети пытаются его компенсировать аутостимуляцией: раскачиванием, бегом по кругу, прыжками. Их непреодолимая тяга к грязи, воде или огню также является важным компенсаторным механизмом с целью смягчения эмоционального дискомфорта.

Итак, специфика раннего детского аутизма проявляется следующим образом:

- дефицит потребности в общении, который в значительной степени зависит от степени тяжести РДА;
- при всех степенях тяжести у детей с РДА наблюдается аффективная дезадаптация;
- недоразвитие регуляторных функций у детей с РДА проявляется в выраженных нарушениях поведения;
- интеллектуальное и речевое развитие при РДА отличаются значительной вариабельностью.

Клиническая характеристика дефицитарного психического развития

Впервые данный термин был предложен В. В. Ковалевым в 1976 году. Расшифровка этого определения предполагает, что дефицитарное развитие – это патология формирования личности у тех детей, которые наделены тяжелыми дефектами слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, недостаток сенсорных стимулов при которых вызывает признаки депривации и искажения эмоциональной сферы.

Этот тип дизонтогенеза, как указывалось, связан с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной, а также рядом инвалидизирующих соматических заболеваний (сердечно-сосудистой системы, например при тяжелых пороках сердца, дыхательной — при бронхиальной астме, ряде эндокринных заболеваний и т. д.).

Наиболее показательной моделью аномалий развития по дефицитарному типу является психический дизонтогенез, возникший на почве поражения сенсорной либо моторной сферы.

*Àíîàèèè ðàçàèèèý á ñàýçè ñ íááîðàðîîî-íîòîòò
çðàíèè è ñèóðà, ðà÷è*

Теория Л. С. Выготского об основных закономерностях аномалий развития была наиболее полно развита и наполнена конкретным содержанием в отечественной дефектологии, накопившей фундаментальные знания о закономерностях психического формирования детей с патологией зрения и слуха.

Этиология дефектов слуха и зрения может быть связана как с экзогенными, так и эндогенными факторами.

В происхождении экзогенных форм нарушения слуха у детей большую роль играют инфекционные заболевания во время беременности, особенно в первые месяцы: краснуха, корь, грипп; а также врожденные сифилис, токсоплазмоз и др. Среди постнатальных инфекций, способствующих поражению слуха, определенная роль отводится кори, скарлатине, эпидемическому паротиту. Большое значение имеют менингиты и менингоэнцефалиты. Одной из важнейших причин нарушения слуха (чаще тугоухости) у детей считаются отиты.

В последние годы ведущая роль придается генетическим факторам, большей частью связанным с наследственной патологией. Более 50% случаев глухоты и тугоухости считаются наследственно обусловленными. Показано, что в возникновении глухоты даже после перенесенной инфекции большое место принадлежит наследственному предрасположению (А. Г. Московкина, 1982), Особенно актуальна эта закономерность при глухоте, связываемой с

медикаментозным лечением. Генетическая недостаточность органа слуха делает его уязвимым при применении ряда антибиотиков.

Аналогичные соотношения характерны и для поражения зрения. Имеют значение различные экзогенные воздействия на плод в период беременности (такие инфекции, как туберкулез, токсоплазмоз, сифилис, вирусные заболевания, болезни обмена веществ, интоксикации беременной матери алкоголем, лекарственными препаратами — гормональными, снотворными и т. д.). Нередкой причиной является патология родов. Среди постнатальных заболеваний основное место занимают острые и хронические инфекции, реже — менингиты и опухоли мозга.

Наследственным факторам в происхождении патологии зрения отводится от 15 до 17%. Исследования отечественных дефектологов Р. М. Боскис, Ф. Ф. Рау, Т. А. Власовой, Р. Е. Левиной, Л. В. Занкова, И. М. Соловьева, Ж. И. Шиф, Н. Г. Морозовой, М. С. Певзнер, М. И. Земцевой, Т. В. Розановой, А. П. Гозовой, Л. И. Солнцевой, К. Г. Коровина и др. выявили особенности формирования структуры дефекта, типичной для развития детей с различной патологией в сенсорной сфере. ;

Эти исследования более иллюстративно, чем при других аномалиях развития, подтвердили и развили ряд положений учения Л. С. Выготского о закономерностях аномального развития.

Сюда, прежде всего, относятся данные о соотношениях различных параметров первичного дефекта (его модальности, времени возникновения, тяжести выраженности) и особенностей образования вторичных дефектов.

Огромное значение для возникновения вторичных нарушений развития имеет сенсорного дефекта.

Так, небольшой дефект слуха предполагает ту или иную возможность самостоятельного овладения речью. В речи такого ребенка будут наблюдаться негрубые отклонения: смазанность артикуляции, слабая модулированность голоса, смешение глухих звуков со звонкими, шипящими со свистящими, твердых с мягкими; бедность речевого запаса, ошибочное употребление слов, близких по ситуации или звучанию, аграмматизмы (Р. М. Боскис, 1963; Л. И. Тигранова, 1978 и др.). Полное же выпадение слуха при отсутствии специального обучения приводит, как указывалось, к немоте ребенка.

То же касается и нарушений зрения. На уровне слабовидения зрительное восприятие ограничивается замедленностью, узостью обзора, недостаточностью четкости и яркости, нередко искаженностью предметов. Поэтому при слабовидении будут сохраняться значительно большие потенциальные возможности нервно-психического развития, чем при слепоте.

Характер и степень вторичных отклонений развития в свою очередь в значительной мере зависят от дефекта слуха и зрения.

Психическое развитие глухих детей различно в зависимости от того, является ли его глухота врожденной, потерял ли он слух на ранних этапах

онтогенеза, или нарушение произошло в более позднем возрасте (Р. М. Боскис, 1965 и др.). Врожденная или ранняя потеря слуха приводит к отсутствию речи (немоте) либо ее грубому недоразвитию. Недостаточность вестибулярного аппарата обуславливает нарушения развития, связанные с задержкой формирования прямостояния, недоразвитие пространственной ориентировки. При нарушении же слуха после трехлетнего возраста недоразвитие локомоторных функций выражено меньше. Успевают сформироваться фразовая речь, нарушения словарного запаса и грамматического строя нередко выражены менее грубо. При поражении слуха в школьном возрасте речь грамматически сформирована; имеются лишь некоторые недостатки произношения: смазанность артикуляции, оглушение звонких согласных и т. д. (Л. И. Тигранова, 1978 и др.).

Сходные закономерности связаны с временем поражения зрения. При заболевании с рождения ребенок не получает никакого запаса зрительных представлений. Затруднения в возникновении вертикального положения тела, боязнь пространства и новых предметов ведут к задержке в освоении пространства и предметной деятельности. Первые специализированные манипуляции и отдельные функциональные действия с предметом появляются у слепых детей после двух лет. Грубое недоразвитие пространственной ориентации обуславливает недоразвитие походки, тормозит формирование схемы тела (Л. И. Солнцева, 1978 и др.).

Нарушение зрения в раннем возрасте даже на уровне слабовидения вызывает и недоразвитие психомоторной сферы: отмечается слабость акта хватания, запаздывает дифференциация движений, наблюдаются застывания с предметом либо, наоборот, ненужные стереотипные движения головы и рук. Совсем по-иному складывается развитие ребенка, потерявшего зрение в более старшем возрасте. Имеющийся прошлый опыт зрительных впечатлений облегчает развитие моторики, предметной деятельности, образование представлений и понятий.

Естественно, большое значение для прогноза психического развития ребенка будут иметь и индивидуальные особенности интеллекта, эмоционально-волевой сферы и личности ребенка в целом, а также своевременное начало специального обучения.

Систематика нарушений сенсорной сферы учитывает критерии времени и степени поражения.

Среди детей с недостаточностью слуха выделяются:

1. глухие:
 - а) рано оглохшие,
 - б) поздно оглохшие;
2. слабослышащие:
 - а) с относительно сохранной речью
 - б) с глубоким недоразвитием речи.

Среди детей с недостаточностью зрения Н. Г. Морозова выделяет:

- а) тотально слепых,
- б) частично видящих,
- в) слабовидящих.

Сложные вторичные нарушения характерны для формирования других психических процессов, эмоциональной сферы, деятельности в целом.

Так, у глухих детей из-за речевых нарушений задерживается общение, обеспечивающее совместную со взрослым деятельность с предметами.

Основные этапы предречевого и речевого развития у детей раннего возраста представлены в таблице 3.

Çáóêîîðîèçîîðîîèà. О произносительной стороне речи ребенка можно судить лишь тогда, когда у него накопится значительный запас слов. Время и порядок появления звуков у разных детей неодинаковы. На третьем году жизни ребенок имеет право на неправильное звукопроизношение. Так, свистящие звуки (С, З, З', Ц), шипящие (Ш, Ж, Ч, Щ) и сонорные (Р, Р', Л) он обычно пропускает или заменяет (С-С'; З-С', В; Ц-Т'; Ш-С', Т'; Ж-С', Д'; Ч-Т'; Щ-Т'; Р-Л'; Р'-Л'; Л-Л').

Часто встречаемые причины нарушения формирования речи:

1. Церебральная гипоксия-ишемия.
2. Родовая травма ЦНС.
3. Инфекции ЦНС.
4. Системные дисметаболические и токсико-метаболические нарушения.

В зависимости от ведущих неврологических нарушений, лежащих в основе речевых расстройств у детей, Л.О. Бадалян предложил следующую их классификацию:

I. Речевые расстройства, связанные с органическим поражением центральной нервной системы [ЦНС]. В зависимости от уровня поражения речевой системы они делятся на следующие формы.

Алалии – системное недоразвитие речи в результате поражения корковых речевых зон в до речевом периоде.

Афазии – распад всех компонентов уже сформированной речи в результате поражения корковых речевых зон.

Дизартрии – нарушение звукопроизносительной стороны речи в результате нарушения иннервации речевой мускулатуры. Причем, в зависимости от локализации поражения выделяют несколько вариантов дизартрий. (Псевдобульбарная, бульбарная, подкорковая и мозжечковая)

II. Речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями ЦНС (заикание, мутизм и сурдомутизм).

III. Речевые нарушения, связанные с анатомическими дефектами строения артикуляционного аппарата (механические дислалии, ринолалалия).

IV. Задержки речевого развития различного происхождения (при недоношенности, при тяжелых заболеваниях внутренних органов, педагогической запущенности и т.д.)

Таблица 3

Этапы предречевого и речевого развития у детей

Возраст	Речевые навыки
1-й год жизни	
1 месяц	Крик, кряхтение
1-3 месяца	Формирование гуления, появление «комплекса оживления», зрительного и слухового сосредоточения, примитивных эмоциональных реакций, "экспериментирование" с гласными звуками
3-6 месяцев	Активное гуление, (отличающегося от предыдущего этапа большим разнообразием звуков, интонаций), появление губных звуков с гласными («ба», «па»). Данный период является начальным этапом перехода от гуления к лепету.
6-9 месяцев	Активный лепет, усложнение и расширением объема движений губ, языка, мягкого неба, совершенствование функции дыхания, удлинение произвольный выдоха. Способность к регуляции громкости и тембра своего голоса, в зависимости от эмоционального состояния. Ситуационное понимание обращенной речи.
9-12 месяцев	Переход лепета в слоги, появление способности понимать и выполнять простые инструкции «дай», «на» (способность воспринимать функцию обращенной речи (регулирующую поведение), первые односложные слова «ба-ба», «ма-ма».
2-ой год жизни	
1 год	Появление однословных предложений.
1 год 3 месяца	Увеличение запаса слов до 30.
1 год 6 месяцев	Увеличение запаса слов до 40-50, легко повторяет часто слышимые слова.
1.5-2 года	Появление фраз, двухсловных предложений.
2 года	Появление вопросов: «Что это?», «Куда?», «Где?»
2 года	Увеличение запаса слов до 200-300.
3-ий год жизни	
2 года	Начинает пользоваться прилагательными, местоимениями и предлогами.
2 года	Появление трехсловных предложений.
2 года 6 месяцев	Появление многословных предложений.
2 года 6 месяцев - 3 года	Активная речь с использованием сложноподчиненных предложений, при этом могут сохраняться трудности звукопроизношения (свистящие, шипящие).
3 года	Запас слов до 800-1000. Появление вопросов: «Когда?», «Почему?»

В настоящее время в отечественной логопедии используются две классификации речевых нарушений.

Клинико-педагогическая классификация, которая опирается на традиционное для логопедии содружество с медициной. Она основана по принципу «от общего к частному» и ориентирована на детализацию видов и форм речевых нарушений, с учетом которых применяется дифференцированный подход к их преодолению.

Все виды нарушений, рассматриваемых в данной классификации, подразделяются на две большие группы в зависимости от того, какой вид речи нарушен: устная или письменная.

Всего выделяется 11 основных форм речевых нарушений, в том числе 9 форм нарушений устной речи на разных этапах ее развития и 2 – письменной речи.

Нарушения устной речи делятся на два типа: 1) фонационного (внешнего) оформления высказывания, которые называют нарушениями произносительной стороны речи, и 2) структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания.

I. Нарушения фонационного оформления высказывания.

Àèñóîîèÿ (àòîîèÿ) – расстройство (или отсутствие) фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Дисфония проявляется в нарушениях силы, высоты и тембра голоса.

Áðààèèàèèÿ – патологически замедленный темп речи. Проявляется в замедленной реализации артикуляторной речевой программы.

Òàðèèèàèèÿ – патологически ускоренный темп речи. Проявляется в ускоренной реализации артикуляторной речевой программы. В случаях, когда патологически ускоренная речь сопровождается необоснованными паузами, запинками, спотыканием, она обозначается термином «полтерн».

Çàèèàèèà – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Àèñèààèèÿ – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Синонимы: дефекты звукопроизношения, фонетические дефекты, недостатки произношения фонем.

Ðèíèèàèèÿ – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. При ринолалии наблюдается искаженное произнесение всех звуков речи, а не отдельных, как при дислалии. Речь невнятна, монотонна. В отечественной логопедии к ринолалии принято относить речевые дефекты, обусловленные грубыми анатомическими изменениями артикуляторного аппарата, например при врожденной расщелине неба. Явления назализованного произношения без грубых артикуляционных нарушений относят к ринофонии.

Àèçàððððèÿ – нарушение звукопроизносительной стороны речи, обусловленное органическим поражением ЦНС и расстройствами иннервации речевого аппарата.

Тяжелая степень дизартрии, проявляющаяся в невозможности осуществить звуковую реализацию речи, называется анартрией. В легких

случаях дизартрии, когда дефект проявляется преимущественно в артикуляторно-фонетических нарушениях, говорят о ее стертой форме (эти случаи необходимо отличать от дислалии).

Общими клиническими признаками дизартрии являются нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре и ее подвижности в результате пареза. Различается несколько форм *äèçàðððèè*:

Ïñâââíáóéüíàððíàÿ - определяются повышенный тонус мышц языка и глотки, ограниченность движений губ, языка, слюнотечение; речь смазанная, голос немодулированный.

Áóéüíàððíàÿ - наблюдается снижение тонуса и выраженная атрофия мышц языка и глотки.

Ïñäéíðéíàÿ - отмечается произвольно меняющийся тонус в артикуляционной мускулатуре.

Ïçæâ÷éíàÿ - имеется выраженная асинхронность артикуляции, голосообразования и дыхания, нарушение темпа и плавности речи.

II. Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания.

Äèäèèÿ – отсутствие или недоразвитие речи вследствие поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем (доречевом) периоде развития ребенка.

Äðàçèÿ – полная или частичная утрата уже сформированной речи, обусловленная локальными поражениями речевых зон коры головного мозга в результате черепно-мозговых травм, нарушений мозгового кровообращения, нейроинфекций и других заболеваний ЦНС.

III. Нарушения письменной речи.

Äèñëäéñèÿ – частичное специфическое нарушение процесса чтения.

Äèññäðàðèÿ – частичное специфическое нарушение письма.

*Áíñäèèè ðàçáèèèÿ á ñâÿçè ñ íàáñíðàððí-íñòèð
äèäðàððèüíé ñðàðú*

В этиологии аномалий развития двигательной сферы играют роль различные генетические факторы, чаще обуславливающие негрубые варианты конституциональной недостаточности моторики, внутриутробные, натальные и ранние постнатальные поражения центральной нервной системы. Особые формы аномалий развития моторной сферы наблюдаются при раннем детском аутизме. Тяжелые двигательные нарушения возникают и при поражении спинного мозга (в детском возрасте — чаще инфекционного происхождения — при заболевании полиомиелитом). Своеобразные нарушения моторного развития могут иметь место и при явлениях эмоциональной депривации.

Изучение нарушений моторики особенно интенсивно начало развиваться в первой трети настоящего века. Были описаны некоторые конституциональные особенности недоразвития моторной сферы: инфантильные и «инфантильно-грацильные» варианты (А. Гомбургер, 1926;

М. И. Гуревич, 1932); стойкое недоразвитие моторики при умственной отсталости (Г. Дюпре, 1910); двигательные расстройства, обусловленные недостаточностью различных отделов мозга (А. Баллон, 1928; М. И. Гуревич, 1932).

Был разработан ряд шкал нарушений моторного развития. В 1930 г. была опубликована монография М. И. Гуревича и И.И. Озерецкого «Психомоторика», в которой Н. И. Озерецким была предложена методика количественно-качественной оценки уровня развития двигательной сферы. Л. А. Квинта (1931) предложил шкалу для оценки лицевой моторики и др.

Особенности клинико-патофизиологической структуры аномалий развития моторной сферы обусловлены недостаточностью различных отделов нервной системы. Так, при недостаточности подкоркового уровня организации движений наблюдаются нарушения тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений. При поражении же кортикального уровня страдают сила, точность движений, формирование предметных действий.

Нарушение отдельных компонентов моторики по-разному влияет на общее психомоторное развитие ребенка (М. И. Гуревич, Н. И. Озерецкий, 1930; М. Стамбак, 1963; А. Гезелл, 1974 и др.).

Большое значение имеют нарушения тонуса, играющего ведущую роль в преднастройке движения, его стойкости, стабильности, эластичности, акцентуации формы. При недостаточности тонической функции в раннем возрасте нарушается формирование ряда рефлексов, обеспечивающих удержание головы, сидение, стояние, сохранение позы. В более старшем возрасте нарушения мышечного тонуса оказывают отрицательное влияние на работоспособность, обучение. Как показал А. Баллон (1959), патологический гипотонус вызывает усталость рук, быстрое общее утомление, падение внимания. Патологический гипертонус с напряженностью позы, недостаточностью пластичности также ведет к быстрой утомляемости и снижению внимания; при письме из-за скованности движений линия не дотягивается до конца, поэтому буква распадается на отдельные элементы, нередко возникают явления микрографии. Фиксация внимания на преодолении технических трудностей письма ведет к грамматическим ошибкам.

Преимущественные нарушения вышеописанных параметров движения способствовали попыткам систематики ряда типов аномального развития двигательной сферы. Были выделены следующие формы:

1) «*iiòíáü ááàèüíîü*» (Г. Дюпре, 1910), или корково-ассоциативная (А. Валлон, 1925), которая связана преимущественно с недоразвитием пирамидной системы и проявляется в нарушениях мышечного тонуса, неловкости произвольных движений, синкинезиях. При кажущемся обилии движений наблюдается бедность их комбинаций, слабая приспособленность к реальным задачам. Скудность и инертность мимики нередко находятся в контрасте с повышенным настроением;

2) «*äáëäòäëüüé éíòàìòèèèçì*» (А. Гомбургер, 1926), отражающий замедленную динамику моторного развития, в основе которого лежит неугасание некоторых рефлексов, свойственных раннему детству (синкинезии и др.), запаздывание в развитии стояния, ходьбы, сидения;

3) *ýêñòðàìèèèäìèèäìäü íäâîñòàòî÷-íñòü* (К. Якоб, 1924) с бедностью мимики, жестов, защитных и автоматических движений, недостаточностью их ритмичности, автоматизации;

4) *òðíòäèèüäü íäâîñòàòî÷-íñòü* (М. И. Гуревич, 1930) с малой способностью выработки двигательных формул, нецеленаправленной расторможенностью либо, наоборот, гиподинамией.

Эти виды моторного недоразвития описаны у детей с органическим выражением нервной системы, чаще включающим и интеллектуальное недоразвитие по олигофреническому типу. Однако в негрубой форме большинство из них может наблюдаться и при задержке психического развития церебрально-органического генеза, других видах аномалий развития.

Наиболее изучена структура двигательных расстройств при детском церебральном параличе.

Äòñèèéé öäðäáäèèüüé ìäðäèè÷ (ДЦП) – это тяжелое заболевание, которое возникает у ребенка в результате поражения головного и спинного мозга на ранних этапах его формирования (внутриутробном, в период родов или в период новорожденности). Основным клиническим симптомом при ДЦП является нарушение двигательных функций, кроме этого, у детей с ДЦП имеют место нарушения зрения, слуха, речи, интеллекта. У некоторых детей наблюдаются судорожные синдромы. По данным ряда авторов, на 10 000 новорожденных приходится 34–42 ребенка, страдающих церебральным параличом. За последнее десятилетие в России количество детей с детским церебральным параличом увеличилось.

Первое клиническое описание ДЦП было сделано английским врачом-хирургом В. Литтлем в 1861 году. Он доложил об этом на заседании английского Королевского медицинского общества, а затем опубликовал свои наблюдения за детьми, у которых после перенесенной при родах травмы головы развились параличи конечностей (Little, 1862). В течение почти ста лет детский церебральный паралич назывался болезнью Литтля.

Термин «детский церебральный паралич» принадлежит Зигмунду Фрейдю. В 1893 году он предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей.

В 1958 году на заседании восьмого пересмотра ВОЗ в Оксфорде этот термин был утвержден и было дано определение: «детский церебральный паралич – непрогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведают движениями и положением тела, заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга». В настоящее время этот термин является общепринятым. В 1983 году Л. О. Бадалян

предложил называть детские церебральные параличи «дизонтогенетическими постуральными дискинезиями».

Этиология его разнообразна. Наибольшее значение имеют органические поражения мозга в результате внутриутробных инфекций, интоксикаций, несовместимости крови матери и ребенка по групповой принадлежности или резус-фактору, асфиксии и внутричерепных кровоизлияний в родах, недоношенности плода. Реже заболевание возникает постнатально, в результате менингоэнцефалитов, перенесенных в первые годы жизни.

Его патогенез связан с поражением ряда отделов мозга, как корковых, так и подкорковых, среди которых одно из основных мест занимает повреждение премоторных зон.

В клинической структуре детского церебрального паралича, среди симптомов органического поражения мозга, центральное место занимают двигательные нарушения, основными из которых являются параличи и парезы, нарушения мышечного тонуса.

Сочетания расстройств моторной сферы и интеллекта различны. Согласно классификации К. А. Семеновой (1974), выделяются следующие формы детского церебрального паралича, специфика клинической картины которых в значительной мере обусловлена разным характером поражения.

1. *Ñîàñòè÷àñêàÿ àëìåíàëü* (болезнь Литтля) — тетрапарез, при котором руки страдают значительно меньше, чем ноги. Поэтому дети часто могут обслужить себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Нарушения интеллектуального развития нередко незначительны, и многие из таких детей способны к обучению даже в массовых школах.

2. *Àâèéàÿ àâèëèàëü* характеризуется тяжелым поражением всех конечностей, выраженной ригидностью мышц. Дети не могут даже сидеть. Интеллектуальное развитие большей частью на уровне олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности или даже идиотии.

3. *Àëìäðéèàðè÷àñêàÿ ôèäèà*, при которой различные гиперкинезы могут сочетаться с параличами и парезами или выступать как самостоятельный вид расстройств. Интеллект в большинстве случаев развивается удовлетворительно.

4. *Àðèé÷àñêàÿ-àñêàÿ ôèäèà* характеризуется парезами, низким тонусом мышц, мозжечковыми симптомами. К 3—5 годам при систематическом лечении дети овладевают возможностью произвольных движений. В половине случаев имеется олигофрения в степени дебильности и имбецильности.

5. *Àâèèàðäàðè÷àñêàÿ ôèäèà* — парезы одной стороны тела, тяжелее в верхней конечности. У 25—35% детей наблюдается олигофрения.

Выраженное интеллектуальное недоразвитие не вытекает прямо из двигательных расстройств, а свидетельствует о массивности и большой распространенности поражения мозга. Но тяжесть недостаточности

отдельных корковых функций в этих случаях делает клиническую картину олигофрении атипичной.

У детей с церебральными параличами часто отмечается недостаточность целого ряда других нервно-психических функций, в значительной мере связанная именно с поражением двигательной сферы. В отечественной детской неврологии, психиатрии и дефектологии эти нарушения были изучены М. Б. Эйдиновой (1959), Е. И. Кириченко (1965), Р. Я. Абрамович-Лехтман (1965), М. В. Ипполитовой (1967), К. А. Семеновой, Е. М. Мастюковой и М. Я. Смуглиным (1972), Э. С. Калижнюк, О. Л. Раменской и В. Ю. Кожевниковой (1975) и др.

Сюда прежде всего относятся нарушения развития речи, в большей мере обусловленные дефектностью ее моторного компонента. Основными из них считаются дизартрия разного характера и разной степени выраженности.

Наблюдаются более позднее формирование моторной стороны речи, правильности произношения, запаздывание в появлении первых слов и фразовой речи, замедленное расширение словаря.

В более тяжелых случаях речевых расстройств наблюдаются явления моторной алалии с общим недоразвитием всех сторон речи. Реже имеют место явления сенсорной алалии, при которой недоразвитие моторной стороны речи носит вторичный характер.

Указанные виды речевых расстройств часто сочетаются друг с другом, однако каждый из них наиболее характерен для того или иного вида двигательных нарушений.

Детский церебральный паралич является удобной моделью для изучения роли дефицита двигательной сферы в формировании ряда отклонений развития личности.

Важное место в формировании у этих детей патологических свойств личности по дефицитарному типу, связанному прежде всего с двигательной недостаточностью, принадлежит явлениям депривации и гиперопеки.

В результате двигательных ограничений, накладываемых болезнью, ребенок живет и развивается в пространственно весьма ограниченном мире. Это препятствует формированию развития многих видов взаимоотношений и взаимодействия со сверстниками и взрослыми. Ограниченность контактов нередко способствует аутизации, формированию эгоцентрической установок, пассивности. При воспитании в семье отмеченные особенности могут усиливаться и за счет гиперопеки, снижения требований к больному ребенку.

Анализ приведенных данных об аномалиях развития по дефицитарному типу показывает, насколько большое значение для тяжести и характера дефекта имеет локализация поражения. Здесь соотношения первичных и вторичных дефектов выступают наиболее демонстративно. Первичные дефекты анализаторов вызывают большой, иерархически построенный комплекс вторичных нарушений, начиная от недоразвития ряда отдельных функций, наиболее тесно связанных с первичным дефектом, и кончая сложными, социально обусловленными личностными образованиями.

При наличии бесспорной специфики этой иерархии в зависимости от типа пораженного анализатора с очевидностью выступает уменьшение специфичности вторичного дефекта по мере отдаленности от первичного.

При отсутствии своевременной и адекватной коррекции неуклонно нарушается общее психическое развитие, как интеллектуальное, так и эмоциональное, обусловленное дефицитом информации вследствие первичного дефекта, затруднением коммуникаций с окружающим миром.

Клинико-психологическая характеристика дисгармонического психического развития

В международной классификации болезней (10-й пересмотр) выделена специальная рубрика (F90–F98) под названием «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском возрасте». К ним относятся:

- F 90 – Гиперкинетические расстройства, которые проявляются у ребенка с раннего возраста и характеризуются чрезмерно активным поведением, но с недостаточной настойчивостью.

- F 91 – Расстройства поведения, характеризующиеся стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения.

- F 92 – Смешанные расстройства поведения и эмоций, проявляющиеся в сочетании стойкого агрессивного, диссоциального или вызывающего поведения с явными или заметными симптомами депрессии, тревоги или других эмоциональных нарушений.

- F 93 – Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста, проявляющиеся в невротических расстройствах, возникших в детском или подростковом возрасте.

- F 94 – Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского и подросткового возраста. Это наиболее гетерогенная группа расстройств, для которых общими являются нарушения в социальном функционировании, начинающиеся в период развития ребенка.

- F 95 – Тикозные расстройства, где преобладающим проявлением является какая-нибудь разновидность тика.

- F 98 – Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте. К ним относятся неорганический энурез, неорганический энко-през, расстройства питания, стереотипные двигательные расстройства и пр.

К дисгармонии психического развития относятся психопатии и психопатическое развитие личности у ребенка. Как правило, диагноз психопатии не ставится в детском возрасте, и традиционно эти состояния называются психопатическими синдромами, которые приводят к выраженным нарушениям поведения.

В. В. Ковалев определяет психопатические синдромы как относительно устойчивые сочетания аномальных свойств личности, возникшие в результате нарушения ее формирования под влиянием различных эндогенных и экзогенных факторов. К экзогенным факторам могут быть отнесены и психогении, т. е. различные психические травмы, с которыми сталкивается ребенок (Ковалев, 1985). Механизмы психического дизонтогенеза, лежащие в основе нарушений формирования личности при психопатических синдромах, неоднозначны.

Систематика психопатий представляет значительные трудности. Это связано с рядом факторов, к которым относятся:

- многообразие психопатических вариантов развития личности;
- промежуточное положение психопатических вариантов развития личности между нормой и психическими заболеваниями.

Г. Е. Сухарева выделяет три группы психопатий: конституциональные, органические и смешанные.

Конституциональные психопатии, как правило, имеют наследственное происхождение. К ним относятся психопатическое развитие по шизоидному, epileptoидному, циклоидному, психастеническому и истерическому типу.

Дисгармоничное развитие детей с психопатическим синдромом по шизоидному типу проявляется в сочетании повышенной чувствительности с отсутствием непосредственности, жизнерадостности, внешней сухостью по отношению к своим родным и близким. Ядерным свойством их личности является аутизм. Им свойственна своеобразная асинхрония психического развития уже с раннего детства. Развитие речи обгоняет развитие моторики, в связи с чем у детей затруднены навыки самообслуживания. В играх дети предпочитают одиночество или общение со взрослыми и более старшими детьми. У большинства детей с психопатическим развитием по шизоидному типу наблюдается преобладание интеллектуальных интересов. Они предпочитают точные науки, несмотря на склонность к аутизму, их аутистические установки не проявляются в полном отрыве от окружающих, как это имеет место при шизофрении. Для них свойственно замещающее общение.

Психопатическое развитие у детей по epileptoидному типу проявляется в стойких характерологических особенностях в виде эмоциональной вязкости, напряженности эмоций и влечений, в склонности к немотивированным колебаниям настроения, в полярности эмоций.

Циклоидный тип психопатического развития отличается выраженной склонностью к немотивированным колебаниям настроения от пониженного субдепрессивного до повышенного маниакального. В детском возрасте это проявляется в преобладании повышенного фона настроения, в склонности к озорству, в чрезмерной общительности, которые сменяются подавленностью, апатией и пр.

Психопатическое развитие по психастеническому типу в детском возрасте проявляется в повышенной мнительности, в навязчивых страхах, в

тревожности. В более старшем возрасте наблюдаются навязчивые сомнения, опасения, ипохондричность, повышенная мнительность.

Истерическое психопатическое развитие наиболее часто встречается в детском возрасте, чем остальные формы. Оно проявляется в выраженном эгоцентризме, в повышенной внушаемости, в демонстративном поведении. В основе данного варианта психопатического развития лежит психическая незрелость. Она проявляется в жажде признания, в неспособности ребенка и подростка к волевому усилию, что составляет сущность психической дисгармонии.

Психопатическое развитие по неустойчивому типу может наблюдаться у детей с психофизическим инфантилизмом. Их отличает незрелость интересов, поверхностность, неустойчивость привязанностей, импульсивность. У таких детей отмечаются затруднения в длительной целенаправленной деятельности, для них характерна безответственность, нестойкость моральных принципов, социально-отрицательные формы поведения.

Психопатическое развитие по органическому типу обусловлено ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах или в первые годы жизни. Нередко оно сочетается с задержкой психомоторного развития ребенка.

Г. Е. Сухарева выделяет две основные группы органических психопатий: возбудимые (эксплозивные) и бестормозные.

При первом (возбудимом) типе наблюдаются немотивированные колебания настроения в виде дисфории. В ответ на малейшие замечания у детей и подростков возникают бурные реакции протеста, уходы из дома, школы.

Для органических психопатов по бестормозному типу характерны повышенный фон настроения, эйфория, не критичность. Все это является благоприятным фоном для формирования патологии влечений, к импульсивным сексуальным эксцессам, к бродяжничеству.

К типу дисгармоничного развития кроме психопатий относится также патологическое формирование личности. Если причиной психопатий, как правило, являются наследственные или другие биологические факторы, то при патологическом формировании личности основными факторами являются неблагоприятные условия воспитания, длительная психотравмирующая ситуация в семье (Личко А. Е., 1983; Ковалев В. В., 1979).

В патогенезе патологического формирования личности основная роль принадлежит двум факторам: закреплению патологических реакций (протест, негативизм, отказ и др.), которые представляют собой форму ответов на психотравмирующую ситуацию и становятся устойчивыми, и непосредственному воспитанию таких черт характера, как возбудимость, неустойчивость, истеричность в результате прямой стимуляции отрицательным примером.

Отклонения темпа полового созревания также рассматриваются как особый вид дисгармоничного развития (Лебединский В. В., 1985). При задержке полового развития церебрально-органического генеза может наблюдаться недоразвитие моторики, эмоционально-волевой сферы при высоком уровне вербализации. Причем эти особенности могут носить временный характер.

Ускоренное половое созревание вследствие церебральноорганической патологии мозга также приводит к аномалии психического развития. К его проявлениям относится односторонняя зрелость интересов, связанная с ранним пробуждением сексуальности, а также аффективность, взрывчатость, ограниченность познавательной активности, примитивность.

В. В. Лебединский на основе патопсихологического анализа описывает несколько видов дисгармонии психического развития у подростков.

Это дисгармония внутри эмоционально-волевой сферы, что проявляется в асинхронии развития элементарных и высших эмоций. У такого подростка наблюдаются динамические расстройства, проявляющиеся в повышенной возбудимости, лабильности, вязкости и пр.

Дисгармония между интеллектуальной и эмоционально-волевой сферой у подростка проявляется в том, что высокий уровень развития интеллекта у него не регулирует эмоционально-волевою сферу, и последняя оказывает большее влияние на интеллектуальное развитие подростка, чем при нормальном развитии (Лебединский, 1985).

Этому возрасту свойственна дисгармоничность психического развития, которая часто проявляется в акцентуированности характера. По данным А. Е. Личко, акцентуированность (заостренность) отдельных черт характера у учащихся разных типов школ варьирует от 32 до 68 процентов от общего контингента (Личко, 1983).

Àëïàððàððèè òàðàèðàðà – это крайние варианты нормального характера, но в то же время они могут быть предрасполагающим фактором для развития неврозов, невротических, патохарактеро-логических и психопатических реакций. В многочисленных исследованиях психологов показано, что степень дисгармоничности у подростков различна, а акцентуированность характера имеет разные качественные особенности и по-разному проявляется в особенностях поведения подростков.

Традиционно при классификации акцентуаций характера используется два основных подхода: клинический (психиатрический) и психологический.

Клинический подход разработан А. Е. Личко. Автор на основе клинко-психиатрического анализа выделил 11 типов акцентуаций характера в подростковом возрасте:

1. *Àëïàððàððèèè èèè*. Отличается общительностью, подвижностью, склонностью к озорству. В происходящие вокруг события вносит много шума, любит шумные компании сверстников. Неусидчив, недостаточно дисциплинирован, учится неровно, при достаточно хороших общих способностях. Настроение всегда приподнятое. Со взрослыми людьми,

родителями и учителями нередко провоцирует конфликты. При большом разнообразии увлечений такие подростки могут быть поверхностными и изменчивыми в своих пристрастиях. Они нередко переоценивают свои возможности, являются самоуверенными, любят прихвастнуть, стараются производить хорошее впечатление на окружающих.

2. *Öèëëîèäîüé òèì.* Отличается повышенной, периодически наступающей раздражительностью, склонностью к апатии. Подростки данного типа предпочитают оставаться дома вместо того, чтобы находиться в шумных компаниях среди сверстников, на улице или вне дома. На замечания в свой адрес реагируют раздражительно, тяжело переживают происходящие с ними неприятности.

3. *Ëàáèëüüé òèì.* Крайне изменчив и непредсказуем в своем настроении, причем поводы для смены настроения могут оказаться самыми незначительными. Вместе с тем подростки этого типа хорошо понимают и чувствуют отношение к себе со стороны окружающих людей.

4. *Àñòáíüáâðîè÷áñèèé òèп.* Характеризуется повышенной капризностью и мнительностью, утомляемостью и раздражительностью, особенно в моменты выполнения сложной умственной работы.

5. *Ñáíçèòèäîüé òèì.* Этому типу людей свойственна повышенная чувствительность к людям и к человеческим отношениям. Они не любят больших, шумных компаний, азартных игр, обычно бывают робкими и застенчивыми и нередко производят впечатление замкнутости. В действительности же такие подростки бывают вполне открытыми и общительными, но только в узком кругу близких, хорошо знакомых людей. Общению со сверстниками часто предпочитают общение со взрослыми людьми и малышами. Отличаются послушанием и привязанностью к родителям. У них довольно рано обнаруживается выраженное чувство долга, высокие моральные требования к себе и окружающим людям, повышенное старание и усердие.

6. *Ïñèòáñòáíè÷áñèèé òèì.* Подростки такого типа отличаются ранним и ускоренным психологическим развитием, нередко обгоняя своих сверстников. Они склонны к размышлениям, самоанализу. Самоуверенность у них нередко сочетается с нерешительностью, а безапелляционность суждений - с их непродуманностью и склонностью к преждевременным действиям.

7. *Øèçîèäîüé òèì.* Характеризуется повышенной замкнутостью, предпочитает быть один или находиться в компании взрослых. Нередко проявляет безразличие к окружающим, плохо понимает их состояние, не умеет сопереживать, сочувствовать. Часто погружается в фантазии и грезы, оторванные от реальной действительности.

8. *Ýèèèáñòèäîüé òèì.* Такие подростки часто плачут, изводят окружающих людей, особенно в детстве, мучают животных, дразнят младших по возрасту детей, издеваются над беспомощными. В компаниях

сверстников ведут себя как диктаторы. Типичные черты: жестокость, властность,

эгоизм. Стараются угодить старшим, более сильным, чем они, и влиятельным людям.

9. *Èñòàðîèèàíúé òèì*. Обладает склонностью впадать в истерику. Отличается эгоизмом, стремлением привлекать к себе особое внимание. Нередко наблюдается позерство, театральность поведения. С трудом выносит, когда кого-либо хвалят в его присутствии, когда кому-либо уделяют больше внимания, чем ему. Отличается чрезмерными претензиями на исключительное положение среди сверстников.

10. *Íáóñòîé÷èáúé òèì*. Это - слабовольный человек, обнаруживающий склонность подчиняться складывающимся обстоятельствам. Стремится к развлечениям без разбора, праздности и безделью. Серьезные увлечения и интересы отсутствуют, не думает о своем, в том числе профессиональном, будущем.

11. *Êííòîðíúé òèì*. Демонстрирует постоянную склонность и готовность менять свои взгляды и поведение по соображениям личной выгоды, в угоду людям, от которых он зависит. Это - приспособленец, готовый ради собственных интересов предать других людей, покинуть их в трудную минуту, причем почти всегда такой человек находит "моральное оправдание" своим аморальным поступкам

В классификации К. Леонгарда, разработанной на основе психологического анализа личности, предлагаются следующие типы акцентуаций характера:

1. *Ááííñòðàòòèáúé* тип. Характеризуется демонстративностью поведения, живостью, подвижностью, легкостью в установлении контактов, артистизмом. Склонен к фантазерству, позерству и притворству. Обладает повышенной способностью к вытеснению, может полностью забывать то, о чем знать не желает, что расковывает его во лжи. Обычно лжет с невинным лицом, поскольку то, о чем он говорит, в данный момент, для него является правдой; по-видимому, внутренне он не осознает свою ложь, или же осознает без угрызений совести. Ложь, притворство направлены на приукрашивание себя. Им движет жажда постоянного внимания (пусть даже негативного) к своей особе. Данный тип демонстрирует высокую приспособляемость к людям, эмоциональную лабильность при отсутствии действительно глубоких чувств, склонность к интригам (при внешне мягкой манере общения).

2. *Íááàíòè÷íúé* тип. Характеризуется ригидностью, инертностью психических процессов, долгим переживанием травмирующих событий. В конфликты вступает редко, в то же время сильно реагирует на любые проявления нарушения порядка. Пунктуален, аккуратен, скрупулезен, чистоплотен, добросовестен. Усидчив, ориентирован на высокое качество работы и особую аккуратность, склонен к частым самопроверкам, сомнениям в правильности выполнения работы, формализму.

3. *Çàñòðàáàðìèé* (аффективно-застойный) тип. Данный тип характеризуется высоким уровнем задержки аффектов — «застревает» на своих чувствах, мыслях, не может забыть обид, инертен в моторике. Склонен к затяжным конфликтам, четко определяет круг врагов и друзей. Подозрителен, отличается мстительностью. Проявляет большое упорство в достижении своих целей.

4. *Áìçáóáèùé* тип. Для данного типа характерны недостаточная управляемость, ослабление контроля над влечениями и побуждениями, повышенная импульсивность. Для этого типа свойственны инстинктивность, гневливость, нетерпимость, склонность к конфликтам. Отмечается низкая контактность в общении, тяжеловесность поступков, замедленность психических процессов. Труд и учеба не являются для него привлекательными, равнодушен к будущему. Целиком живет в настоящем. Повышенная импульсивность гасится с трудом и может быть опасна для окружающих. Может быть властным, выбирая для общения наиболее слабых.

5. *Ãèïððèè÷-áñèèé* тип. Приподнятое настроение сочетается с жадой деятельности, повышенной словоохотливостью, тенденцией постоянно отклоняться от темы разговора. Характеризуется большой подвижностью, общительностью, выраженностью невербальных компонентов общения. Везде вносят много шума, стремятся к лидерству. Имеют высокий жизненный тонус, хороший аппетит и здоровый сон. Самооценка повышена, характеризуются недостаточно серьезным отношением к своим обязанностям. Трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

6. *Ãèñðèè÷-áñèèé* тип. Отличается серьезностью, подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий. Для них характерны пессимистическое отношение к будущему, заниженная самооценка, низкая контактность, немногословность. Часто угрюмы, заторможены, склонны фиксироваться на теневых сторонах жизни. Добросовестны, располагают обостренным чувством справедливости.

7. *Ãóááèðèáí-èááèèùùé* тип. Это люди, для которых характерна смена гипертимических и дистимических состояний, иногда без видимых внешних причин.

8. *Ýèçàèùðèðíáàùùé* тип. Для представителей данного типа характерна высокая интенсивность темпа нарастания реакций, их внешняя интенсивность; реагируют более бурно, чем остальные, и легко приходят в восторг от радостных событий и в отчаяние от печальных. Экзальтация чаще всего мотивируется тонкими, альтруистическими побуждениями. Привязаны к близким, друзьям. Радость за них, за их удачу могут быть чрезвычайно сильными. До глубины души их могут захватить любовь к искусству, природе, переживания религиозного порядка.

9. *Óðááíæíùé* тип. Представителям данного типа свойственны низкая контактность, минорное настроение, пугливость, неуверенность в себе, обидчивость. Дети тревожного типа часто боятся темноты, животных,

страшится оставаться одни. Сторонятся активных сверстников, испытывают чувство робости и застенчивости. У взрослых представителей данного типа выражено чувство долга и ответственности, высокие моральные и этические требования. Для них характерны робость, покорность, неумение отстаивать свою позицию в споре.

10. *Ψυδὲαἰῖέ* тип. Характеризуется чувствительностью и глубокими реакциями в области тонких эмоций. Этот тип родственен экзальтированному, но проявления его не столь бурные. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, сопереживание людям, отзывчивость, мягкосердечность, впечатлительность. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не выплескивая наружу. Данному типу свойственны обостренное чувство долга, исполнительность.

11. *Ψῆδὲαἰῖέ* тип. Характеризуется обращенностью к тому, что приходит извне, направленностью реакций на внешние раздражители. Для них свойственны импульсивность поступков, радость от общения с людьми, поиск новых переживаний. Подвержены чужому влиянию, собственные мнения не отличаются стойкостью.

12. *Εἰδὲαἰῖέ* тип. Живет не столько восприятиями и ощущениями, сколько представлениями. Внешние события как таковые влияют на жизнь такого человека относительно мало, гораздо важнее то, что он о них думает. Если разумная степень интровертированности способствует выработке самостоятельного суждения, то сильно интровертированная личность живет большей частью в мире нереальных идей. Излюбленная пища для мышления интровертов — проблемы религии, политики, философии. Малообщителен, держится в стороне, общается по необходимости, любит одиночество; погружен в себя, о себе рассказывает мало, свои переживания не раскрывает. Медлителен и нерешителен в поступках.

Типы акцентуаций характера весьма сходны и частично совпадают с типами психопатий. Различия между акцентуациями характера и психопатиями основываются на диагностических критериях, разработанных в трудах П. Б. Ганнушкина (1998) и О. В. Кебрикова (1971).

Обычно акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с повзрослением индивида.

Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определенной обстановке, и почти не обнаруживаются в обычных условиях.

Социальная дезадаптация при акцентуациях либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной.

В динамике акцентуаций характера А. Е. Личко выделяет две основные группы динамических изменений:

Первая группа – это переходящие, транзиторные изменения характера.

Вторая группа – относительно стойкие изменения характера.

Транзиторные изменения характера проявляются в подростковом возрасте в аффективных реакциях различного вида. А. Е. Личко выделяет следующие виды аффективных реакций:

1. Интрапунитивные реакции, которые представляют собой разряд аффекта путем аутоагрессии – нанесение себе повреждений, покушений на самоубийство, причинение себе вреда разными способами.

2. Экстрапунитивные реакции подразумевают разряд аффекта путем агрессии, направленной на окружающих, а именно: нападение на обидчиков или «вымещение злобы» на случайных лицах или попавших под руку предметах.

3. Импунитивная реакция проявляется в том, что аффект разряжается путем безрассудного бегства из аффектогенной ситуации, хотя это бегство никак не исправляет ситуацию.

4. Демонстративные реакции, когда аффект разряжается в «спектакль», в разыгрывании бурных сцен, в изображении попыток самоубийства и т. п. Кроме аффективных реакций при транзиторных акцентуациях особенности поведения могут проявляться как в виде делинквентности, т. е. в проступках и мелких правонарушениях, в аддикции, в побегах из дома или бродяжничестве; транзиторных сексуальных девиациях (ранняя половая жизнь, гомосексуальная направленность и пр.). Во второй группе наблюдаются стойкие изменения характера, что проявляется: в переходе «явной акцентуации» в скрытую, латентную; в формировании под воздействием неблагоприятных условий среды психопатических черт характера («краевые психопатии» по О. В. Кебрикову); трансформации типов характера (Личко, 1983).

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Андронникова О.О. Специальные проблемы психологического консультирования: Учебное пособие . - М.: Вузовский учебник: НИЦ ИНФРА-М, 2013. - 348 с. <http://znanium.com/bookread2.php?book=342105>
2. Абрамова Г.С., Психология развития и возрастная психология (издание исправленное и переработанное) [Электронный ресурс]: Учебник для вузов и ссузов. / Абрамова Г.С. - М. : Прометей, 2018. - 708 с. - ISBN 978-5-906879-68-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785906879684.html>
3. Баулина М.Е., Нейропсихология [Электронный ресурс]: учебник для вузов / Баулина М.Е. - М. : ВЛАДОС, 2018. - 391 с. - ISBN 978-5-906992-83-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785906992833.html>
4. Блейхер В.М., Крук К.В., Боков С.И. Практическая патопсихология. М.: Воронеж: НПО «МОДЭЮ», 2002. С,7-47.
5. Возрастная психология [Электронный ресурс] : учеб. пос. / М. Б. Батюта, Т. Н. Князева. - М.: Логос, 2014. - 306 с. ? Режим доступа: <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=468148>
6. Гриднева С.В., Феноменология страхов: психологическая коррекция и профилактика [Электронный ресурс]: учебник / Гриднева С. В. - Ростов н/Д : Изд-во ЮФУ, 2018. - 160 с. - ISBN 978-5-9275-2500-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785927525003.html>
7. Детская клиническая психология [Электронный ресурс] : учебное пособие / Р.Р. Попова - Казань : Изд-во Казан. ун-та, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785000192962.html>
8. Иванец И.И. Психиатрия и медицинская психология : учебник / И. И. Иванец и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 896 с. : ил. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430798.html>
9. Изотова Е.И. Закономерности и инварианты эмоционального развития детей и подростков. - М.: МПГУ, 2014. - 236 с. <http://znanium.com/bookread2.php?book=757783>
10. Каменская В.Г. Детская психология с элементами психофизиологии: Учебное пособие. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Форум, 2014. - 288 с. <http://znanium.com/bookread.php?book=443507>
11. Клиника интеллектуальных нарушений: Учебное пособие / Московкина А.Г., Уманская Т.М. - М.:Прометей, 2013. - 246 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=557836>

12. Клиническая психология: учебник. Сидоров П.И., Парняков А.В. 3-е изд., испр. и доп. 2010. - 880 с.: ил. - <http://www.studmedlib.ru/ru/books/ISBN9785970414071.html>
13. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Л.М. Барденштейн и др.; Под ред. Л.М. Барденштейна и др. - М.: НИЦ ИНФРА-М, 2014. - 432 с.: ISBN 978-5-16-006541-0, 1000 экз. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=396337>
14. Коммуникативная компетентность клинического психолога: Учебное пособие / Дикая Л.А. - Рн/Д:Южный федеральный университет, 2016. - 108 с.: ISBN 978-5-9275-2033-6 - Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/991896>
15. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: Учебник для мед.вузов.- М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
16. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 144 с.
17. Майер, А.А. Проблема социализации в образовании детей дошкольного возраста в контексте подготовки к школе // Вестник БГПУ: Психолого-педагогические науки. - 2007. - Выпуск 7. - с. 55-59. - <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=523435>
18. Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
19. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.
20. МЕДИЦИНСКАЯ И СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГИЯ. КУРС ЛЕКЦИЙ: Учебное пособие / Тхостов А.Ш., Горинов В.В., Холмогорова А.Б.; Под ред. Дмитриева Т.Б., - 5-е изд. - М.:Генезис, 2016. - 658 с.: ISBN 978-5-98563-419-8 - Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/934868>
21. Нагаев, В.В. Основы клинической психологии: учеб. пособие для студентов вузов / В.В. Нагаев, Л.А. Жолковская. — М. : ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2017. — 463 с. - ISBN 978-5-238-01156-1. - Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/1028749>
22. Нарушение и коррекция психического развития: Учебное пособие / Трошихина Е.Г., Щукин А.В. - СПб:СПбГУ, 2016. - 80 с.: ISBN 978-5-288-05679-6 - Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/941961>
23. Незнанов Н.Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Незнанов Н.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438282.html> Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2009. – 288с.
24. Общая психокоррекция: Учебное пособие / Б.Р. Мандель. - М.:

Вузовский учебник: НИЦ ИНФРА-М, 2013. - 349 с.
<http://znanium.com/bookread.php?book=374949>

25. Основы специальной педагогики и психологии : учебник / Е.Ю. Азбукина, Е.Н. Михайлова. — М. : ИНФРА-М, 2019. — 396 с. — (Высшее образование: Бакалавриат). — www.dx.doi.org/10.12737/textbook_5c9347f5300f79.11023633. - Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/1016349>

26. Основы специальной психологии: Учебное пособие / Лемех Е.А. - Мн.:РИПО, 2017. - 218 с.: ISBN 978-985-503-718-8 - Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/977793>

27. Поливара, З. В. Введение в специальную психологию [Электронный ресурс] : учеб. пособие / З. В. Поливара. ? 2-е изд., стер. ? М. : ФЛИНТА, 2013. ? 272 с. ? Режим доступа: <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=462933>

28. Психиатрия и медицинская психология : учебник / И. И. Иванец и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 896 с. : ил.- <http://www.studmedlib.ru/ru/books/ISBN9785970430798.html>

29. Психологическая помощь в специальном образовании : учебник / И.Ю. Левченко, Т.Н. Волковская, Г.А. Ковалева. — М. : ИНФРА-М, 2019. — 314 с. — (Высшее образование: Бакалавриат). — www.dx.doi.org/10.12737/13533. - Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/982911>

30. Психологическая экспертиза в практике клинического психолога. Часть 1. Психологическая экспертиза в системе здравоохранения и образования: Учебное пособие / Мамайчук И.И. - СПб:СПбГУ, 2017. - 144 с.: ISBN 978-5-288-05745-8 - Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/999735>

31. Психология и психопатология познавательной деятельности (основные симптомы и синдромы): Учебное пособие / Носачев Г.Н., Носачев И.Г. - М.: Форум, НИЦ ИНФРА-М, 2016. - 240 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=536933>

32. Психология эмоций. Классические и современные теории и исследования : учеб. пособие / Ю.Е. Кравченко. — М. : ФОРУМ : ИНФРА-М, 2019. — 544 с. — (Высшее образование: Бакалавриат). - Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/1027035>

33. Психология эмоций и воли: Учебное пособие / Джанерьян С.Т. - Ростов-на-Дону:Издательство ЮФУ, 2016. - 141 с.: ISBN 978-5-9275-1972-9 - Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/989951>

34. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. – М.: Изд-во ЭКСМОПресс, 2001. – 624с.

35. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической

психологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.

36. Соловьева, А. В. Психологическая защита в подростковом возрасте: сущность, содержание, причины. ? М. : ФЛИНТА, 2013. ? 184 с.
<http://znanium.com/bookread2.php?book=462998>

37. Специальная (коррекционная) психология [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Мандель Б.Р. - М. : ФЛИНТА, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785976523159.html>

38. Староверова, М.С. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы. Практические материалы для психологов и родителей [Электронный ресурс] : учебное пособие / М.С. Староверова, О.И. Кузнецова. ? Электрон. дан. ? М. : Владос, 2014. ? 144 с. ? Режим доступа: http://e.lanbook.com/books/element.php?p11_id=60485

39. Тарабакина Л.В. Эмоциональное развитие подростков: Учебное пособие. - М.:Прометей, 2011. - 208 с.
<http://znanium.com/bookread2.php?book=558092>

40. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии [Электронный ресурс] / Стребелева Е.А. - М. : ВЛА-ДОС, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785691006050.html>

41. Фролова, Ю.Г. Психология здоровья [Электронный ресурс] : пособие / Ю.Г. Фролова. - Минск: Вышэйшая школа, 2014. - 255 с. - ISBN 978-985-06-2352-2. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=509369>

42. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Ю.Г. Фролова. - 2-е изд., испр. - Минск: Выш. шк., 2011. - 383 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=507409>

43. Човдырова, Г.С. Клиническая психология. Общая часть: учеб. пособие / Г.С. Човдырова, Т.С. Клименко. - М. : ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2017. — 247 с. - ISBN 978-5-238-01746-4. - Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/1028496>

44. Щебланова, Е. И. Неуспешные одаренные школьники [Электронный ресурс] / Е. И. Щебланова. - 2-е изд. (эл.). - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. - 245 с. ? Режим доступа: <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=501707>