КОМПЛЕКС ЛЕКЦИИ

Глоссарии: психические процессы, дефект,дисонтогенез,аномальное развитее,патология,ЗПР, умственная отсталость.

ЛЕКЦИЯ№1.Введение.

Цель: Изучить предмет объект и задачи курса

Вопросы по теме:

1. Понятие аномальное развитие
2. Дисонтогенез
3. Методологические основы

Содержание курса : психология аномального развития как отрасль клинической психологии.

Психология аномального детского развития – наука о закономерностях психического дисонтогенеза . Дисонтогенез - любое отклонение от нормального психического онтогенетического развития .

Объект психологии аномального развития – психическое развитие ребенка .

Предмет – законы психического дисонтогенеза .

Методологические основы психологии аномального развития были заложены Л,С Выготским , сформулировавшим принципы отражающие законы психического онтогенеза .

1. Прижизненное опосредованное и произвольное формирование высших психических функций.
2. Зависимость строения психических процессов от способов их формирования: разные пути формирования ВПФ , в зависимости от характера повреждения функции , возможность формирования обходным путем .
3. Механизмы направления психической деятельности при дисонтогенезе подобны механизмам формирования психики в норме.
4. Психический дефект формирующийся в процессе дисонтогенеза имеет сложное многоуровневое строение и охватывает все стороны психической жизни .

Задачи стоящие перед психологией аномального развития :

Теоретические-

1. Проблема нормы и патологии. Общепсихологические задачи. Выработка критериев для разграничения нормы и патологии. Кроме того предпологается описание психологической структуры нормы. Изучая возможные дисциплины возможно описание психологической структуры нормы , это возможно через отрицание отклонений. Но это до сих пор актуальная задача . Задача трансформации критериев , дифференциации нормального и аномального онтогенеза и построение психологической структуры нормального развития .
2. Выделение специфических законов , механизмов формирования нарушений психики . Существуют единые законы развития для аномального и нормального развития , но есть специфичные закономерности для аномалий развития . Общие механизмы : нарушение функций общения , нарушение процесса социализации , нарушение усвоения универсальных социальных знаний . Общие закономерности действуют при всех типах дисонтогенеза . Есть специфические закономерности , характерные для определенного вида дисонтогенеза .
3. Выявление структуры дефекта и механизмов его формирования при различных вариантах дисонтогенеза. В структуре дефекта выяснение соотношения первичных и вторичных составляющих .

Практические –

4)Клинико-диагностическая - описание структуры дефекта зависит от использования диагностических методик .

1. Воздействие – коррекция отклонений в развитии.
2. Экспертная оценка , оценка уровня развития ребенка с помощью количественных методик .

Психология аномального развития и другие отрасли психологии, науки .

Место психологии аномального развития .

Дисциплина наиболее связана с другими отраслями клинической психологии , нейропсихологией , психосоматикой , патопсихологией детского возраста.Связь с возрастной психологией , психологической педагогикой – то есть другие области , изучающие онтогенез . Область междисциплинарного исследования – медицина , психиатрия , невро- и психопатология детского возраста . Педагогика , социология , этнология , дефектология ( сурдо и тифло- педагогика ).

Психология аномального развития тесно связана с другими науками изучающими аномальное развитие , это имеет историческую обусловленность и корнями уходит в психиатрию и дефектологию .

ЛЕКЦИЯ № 2 ИСТОРИЯ ПСИХОЛОГИИ АНОМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ .

Цель: изучить историю психологии аномального развития

Вопросы по теме:

1. Вклад дефектологии
2. Вклад психиатрии
3. История изучения депривации

Краткое содержание :

1.Вклад дефектологии . На первом этапе мало активное накопление знаний о аномалиях развития . Первая попытки классификации аномального развития предложены в 18 веке. В качестве дефекта рассматривались нарушения сенсорного развития – зрение , слух. Следующая классификация предложена Эскиролем , и касалась отклонением в умственном развитии . Эскироль в 1838 году впервые отделил умственную отсталость от других психических заболеваний . Стал рассматривать умственную отсталость как стойкое состояние , следствие нарушенного развития , обязательно сопровождающееся интеллектуальным дефектом. Обратил внимание на недостатки развития речи у умственно отсталых детей. На основе критерия разграничения речи предложил первую классификацию умственной отсталости . При этом учитывается в основном экспрессивная сторона речи , богатство словаря , грамматический строй речи. На основе этого критерия выделено три степени тяжести умственной отсталости. Тяжелая форма умственной отсталости – идиотия, в этом случае речь отсутствует, ребенок способен издавать только нечленораздельные звуки. Средняя степень –имбицильность – характеризуется наличием отдельных слов , даже коротких фраз. Легкая степень умственной отсталости – дебильность, характеризуется обеднённостью речи.

Позже к этому критерию были добавленны другие критерии, такие как сформированность навыков. До сих пор эта классификация используется в медицине , добавлены градации : Легкая , средняя , сильная в каждой степени .

2. В середине 19 века предпринимались попытки систематического организованного обучения умственно отсталых детей . основоположником направления был Эдуард Сеген . Особое внимание уделяли психологическим особенностям умственно отсталых детей. Дефекты в развитии рассматривались как диагностический критерий . Сеген – ведущий дефект при умственной отсталости это недоразвитие волевой сферы . недоразвитем воли определяются все другие нарушения сопровождающие умственную отсталость . Создана система обучения , сенсорного воспитания детей . Эти методики можно использовать как диагностические и как коррекционные . Доски Сегена позволяют диагностировать развитие наглядно- действенного мышления и использовать при развитии зрительного восприятия , тонкой моторики, зрительно-двигательной координации . Однако в этот период объектом изучения и воздействия являлись дети с явными , сильными отклонениями , сопровождаемые изменениями внешнего вида . В таком случае вопрос дифференциальной диагностики не стоял.

3. вопрос дифференциальной диагностики встал вначале 20 века . Во многих странах Европы и Америки встал вопрос об всеобщем начальном образовании . Принятие этого решения подняло проблему , так как часть детей попавших в школы оказалась неспособными обучаться по программе массового обучения . Возникла необходимость создания специальных вспомогательных школ. Французское министерство образования сделало запрос на образование народного просвещения ,комиссий разрабатывающих принципы отбора детей во вспомогательные школы . Членами комиссий были Альфред Бине и Томос Симон . В рамках деятельности этой комиссии в 1905 году создали первый в мире интеллектуальный тест , названный именем Бине- Симона .С этого момента начинает свое развитие детская патопсихология. Шкалла Бине-Симона включает несколько заданий , из нескольких областей знаний . по результатам выполнения теста можно получить общее представление об уровне психического развития ребенка . далее это методика модифицировалась , добавлялись исследуемые параметры . В 1911 году вышла книга Бине- Симона на русском языке «Ненормальные дети». Методика имеет ряд существенных недостатков . 1) Не позволяет судить о развитии отдельных психических функций . Можно вывести некий коэффициент интеллекта . не понятно за счет какой функции изменяется этот показатель . 2) Не позволяет сравнивать особенности развития этих функций у разных людей , разных возрастных групп. Диапазон охваченных психических функций в исследовании крайне узок. Использовались задания на запас знаний об окружающем мире и вербально-логический интеллект . 3) Не позволяет дифференцировать разные нарушения развития , с каким вариантом развития связано интеллектуальное отставание . 4) Не позволяет дифференцировать педагогическую запущенность и нарушения развития . Просто констатация факта отставания . В результате применения этой методики дети из низших слоев населения попали в школы для умственно отстающих . Так как запас сведений ребенка зависит от финансовых возможностей родителей .

Эта акция сопровождалась бумом попыток создать методики изучающие интеллектуальное развитие . В 20-30х годах 20 века , в период активного развития психометрического подхода в психологии . В психологии доминировало убеждение , что любую психическую функцию можно измерить . Попытки создать методики характерны для зарубежных и для отечественных школ. Активное адаптирование зарубежных методик, создание собственных методик , тестов определяющих учебные способности.

Затем наступили годы гонений и репрессий. Педологические исследования в этой сфере были свернуты как преступные . Направление педологии было забыто на 20-30 лет. Отбор детей вернулся в сферу деятельности психиатров .

ВКЛАД ПСИХИАТРИИ В ПСИХОЛОГИЮ АНОМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ .

Долго психиатры считали, что в детстве возможно только одно психическое заболевание- умственная отсталость. Такой подход вытекал из позиции , что детская психика еще не сформирована , то есть не может быть и заболевания . В начале 20 века систематическое изучение психически больных детей , показало , что у детей возможны и галлюцинации и бред . Ранее это отвергалось . Специфические особенности детской психиатрии : в детской клинике можно столкнуться со всеми психическими заболеваниями , имеют возрастные особенности . Интерес в психиатрии смещается от сильно выраженных отклонений к менее выраженным – психозам и неврозам .

В 50х годах создание новых психотропных препаратов снимающих психотическое состояние ( аминазин) . Это изменило отношение к душевно больным . До этого к ним относились как к преступникам, заковывали в цепи и ограждали от общества . В середине 50х годов стали появляться стационары. Общество перестало рассматривать этих больных как угрозу для себя, изменилось отношение близких людей к психически не здоровым родственникам, отношение персонала в клиниках . В нашей стране в психиатрических клиниках и в обществе до сих пор предвзятое отношение . Отношение к психически больным детям различно на западе и в отечественной действительности . Достаточно

Собственное развитие психологии аномального развития началась в 20 веке с появлением диагностических методик для оценки развития. Наиболее продуктивный этап начался после второй мировой войны. Систематическое целенаправленное изучение различных аномалий развития. Встал вопрос о разработке качественных диагностических методик ,необходимых для установления структуры дефекта и формулировки клинического диагноза . Этого так же недостаточно . так как необходимо изучение динамики процесса, а не только уровня на котором находится ребенок на определенный момент . Стоит задача формулирования функционального диагноза.

Термин дисонтогения в 1927 году был предложен немецким психиатром- Швальбе . Термин обозначал отклонение во внутриутробном формировании плода . Позже приобрело более широкое значение обозначающее период с начало зачатия до достижения зрелого развития .

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИСОНТОГЕНЕЗА .

1.биологические . 2.социальные .

Эндогенные , изначально существующие экзогенные внешние по

внутри нервной системы. Генетические отношению к нервной

аномалии и наследственные заболевания. системе .

Пр. Опухоли головного мозга по отношению к организму могут быть вызваны эндогенно , а к нервной системе экзогенно – пример черепно-мозговой травмы .

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ДИСЪОНТОГЕНЕЗА.

В едущими являются генетически обусловленные нарушения : возникновение вследствиегенных мутаций , хромосомных абераций и наследование гена определенного заболевания ( гемофилия , дальтонизм , предрасположенность к соматическим заболеваниям ,к невротическим расстройствам , к психическим заболеваниям , маниакально-депрессивному психозу , шизофрении ).Существует наследственная предрасположенность к алкоголизму, гипертонической болезни , сахарному диабету , бронхиальной астме .

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ ПРИВОДЯЩИЕ К ОТСТАВАНИЮ В РАЗВИТИЯ.

1.

1. Патология хромосомного набора ( б. Дауна ) .
2. Поломка одного из генов может привести к обменным заболеваниям приводящих к умственной отсталости ( фенилкетонурия , галактозозурия ).
3. Недоразвитие головного мозга – микроцефалия.

До пятисот вариантов олигофрении связаны с генетическими заболеваниями .

2.

4)Внутриутробные нарушения : токсикоз беременности , острые и хронические вирусные заболевания матери ( краснуха), паразитарные инфекции ( мононуклеоз , токсоплазмоз , эхинококкоз ), сифилис .

1. Обострение хронических заболеваний матери , особенно эндокринные , патология сердечно-сосудистой и мочевыделительных систем.
2. Интоксикация матери в период беременности : алкогольное , наркотическое отравление , медикаментозное воздействие неправильно употребляемых, воздействие токсических веществ .
3. Радиационное и рентгеновское излучение .
4. Механическое и травматическое повреждение плода , отслойка плаценты .
5. Несовместимость крови плода и матери . Антитела организма матери к мозгу ребенка- гемолитическая болезнь новорожденных .

: то есть спектр вредоносных влияний изменяющих развитие ребенка очень велик . Независимо от вида патологии плод испытывает гипоксию , которая негативно отражается на формировании мозговых структур и нервной системы и сочетается с аномалиями функционирования систем органов - сочетание патологии .

ФАКТОР НАТАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ .

* отклонение от нормального течения родов :

стремительные роды , задержанные роды , родовая травма ( гематома , сдавление мягких хрящей , кривошея ) .

* неблагоприятное течение родовой деятельности
* недоношенность , переношенность.
* Неправильное предлежание плода.
* Обвитие пуповиной ( асфиксия)
* Наложение щипцов , вакуум , выдавливание, кесарево сечение .
* Преждевременное излитие околоплодных вод
* Неоправданное применение медикаментозных препаратов стимулирующих , тормозящих родовую деятельность.

ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ.

* инфекция матери может привести к нейроинфекции ( корь , скарлатина , краснуха , дифтерия ) , постпрививочные нейроинфекции.
* Интоксикация
* Черепно-мозговая травма
* Опухоли головного мозга
* Хронические соматические заболевания ( врожденный порок сердца , патология желудочно – кишечного тракта , дыхательной системы . эндокринной системы .

Возможны три варианта развития по соответствию с динамикой болезненного процесса :

1. дисонтогенез связан с относительно стабильным патологическим состоянием нервной системы ( болезнь Дауна – умственная отсталость не прогрессирует ).
2. дисонтогенез разворачивается на фоне прогрессирующего заболевания , динамика заболевания носит проградиентный характер( дегенеративные заболевания , деменция , прогрессирующая гидроцефалия , опухолевый процесс ) .
3. период после перенесенного острого заболевания , воздействия вредности . Купирование болезненных проявлений ведет к улучшению состояния .

Рассматривая биологические факторы дисонтогенеза Лебединский , предлагает учитывать три параметра , фактора , определяющих тяжесть состояния : время воздействия патогенного фактора ,определяющих универсальный закон : ЧЕМ РАНЬШЕ ПРОИЗОШЛО ВЛИЯНИЕ ВРЕДНОСТИ , ТЕМ ТЯЖЕЛЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ .

И как следствие проявление этого закона :

1. Одно и тоже нарушение развития может возникать в результате разных причин , действующих в один и тот же период развития . Дефицит питания , прием наркотических средств негативно влияет именно на те системы органов,которые закладываются и формируются в этот период .
2. Одна и та же причина может привести к разным последствиям , действуя на разных этапах онтогенеза .

Пример : Коревая краснуха в период беременности 100 % показания к прерыванию беременности , вирус краснухе тропен к эмбриональной ткани и к нервной системе . Перенесенная краснуха в период до двух лет может привести к задержке психического развития .Развитие нейроинфекции приводит к олигофрении. Последствия зависят от возрастных особенностей на момент вредного воздействия .

1. Мозговая локализация процесса и его распространенность . Последствия различны от повреждения структур разных блоков. Детский мозг очень высоко пластичен , что создает возможность компенсации дефекта . Дефект в детском возрасте может быть скомпенсирован за счет сохранных структур. Развитие функции может пойти не традиционным путем. ( повреждение определенных центров не приводит к обще-мозговым нарушениям ) .
2. Интенсивность повреждения организующего поражение головного мозга , в детском возрасте ведут к повреждению одних и недоразвитию других систем , функционально связанных с поврежденной .

Картина нарушений в детской клинике сложнее и многограннее чем во взрослой клинике . Рассматривая биологические факторы дисонтогенеза следует помнить , что детский организм более чутко реагирует на экзогенные вредности , чем взрослый , результат незрелости головного мозга и слабости гематоэнцефалитического барьера .Вредности могут необратимо изменить ход развития ребенка .

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ДЕПРИВАЦИИ И ЕЕ РОЛИ.

В конце 19 начале 20 века изучения депривации начались с появления феномена госпитализма . Первый этап , во время первой мировой войны при помещении младенцев в сиротский приют , было отмечено что ребенок начинает отставать в развитии , происходит снижение уровня психической активности , ребенок перестает проявлять интерес и реагировать на окружающую среду . Снижение физиологической активности , снижение аппетита , увеличение продолжительности сна . Острая тоска приводит к гибели ребенка . Госпитализм не связан с качеством медицинского ухода . Боулуби обследовал шести месячных младенцев находящихся в учереждениях с разной степенью ухода , с разными источниками финансирования , обеспечивающих разное питание, обучение персонала. Вывод : госпитализм связан не с физиологическими причинами , а возникает из-за отсутствия эмоциональной вовлеченности . Второй этап в 30 годах , в годы второй мировой войны интенсивное изучение этологами и психоаналитиками : Мелани Кляйн , Анна Фрейд – работали с детьми сиротами – пытались компенсировать отсутствие эмоциональной связи с родителями , формируя братско-сестринские отношения в группе . Благодаря развитию науки найти явление госпитализма в чистом виде практически не встречается . Но существует явление неогоспитализма . Присущее обеспеченным семьям , перепоручение ребенка третьим лицам , в силу профессиональной занятости. Нарушение эмоционального контакта с окружающими. При этом явления госпитализма сглажены , но вероятна задержка в развитии . Много изучением проблемы депривации занимались психоаналитики : установление связи эмоциональной депривации и аутизма у ребенка . Аутизм с точки зрения психоанализа следствие эмоциональной холодности матери , нерасположенной устанавливать эмоциональный контакт с ребенком. Ребенок закрывается в своем мире.В этиопатогенезе аутизма с точки зрения современной науки депривационный фактор фактор является вторичным , а первичной является неспособность ребенка к у становлению контакта .

ЛЕКЦИЯ№3.

ТЕМА: СООТНОШЕНИЕ СИМПТОМОВ ДИЗЪОНТОГЕНЕЗА И БОЛЕЗНИ .

**Цель**: Изучить соотношение симптомов дизонтогенеза

**Вопросы по теме**:

1. Понятие симптома в медицине и психиатрии
2. Психогенные реакции детского возраста
3. Психогенные вопросы подроскового возраста

**Краткое содержание:**

Понятие симптома в медицине /психиатрии .Выделяют два вида симптомов : негативные и продуктивные. Негативные явления выпадения психической деятельности , разрушение , утрата психических функций ( снижение интеллекта , ухудшение памяти и внимания , снижение психической активности ) . Продуктивная симптоматика связана с явлением возбуждения психических процессов , появлением чего-то что появилось как результат болезни ( невротические расстройства , страхи , галлюцинации , бред , судорожное состояние ). Такой подход оправдан во взрослой клинике . В детском возрасте функция еще не доконца сформированна . Поэтому невозможно сказать это выпадение или недоразвитие функции ( врожденное слабоумие при олигофрении ). Продуктивная симптоматика указывает на остроту болезни , играет значительную роль в формировании аномалии развития. Пример : ребенок страдает судорожными припадками , страхами – то это не может не отразиться на развитии на его личности .Определенная симптоматика может отражать определенный тип дисонтогенеза .Пограничными симптомами проявления болезни и дизонтогенеза могут являться возрастные симптомы, патологически искаженные и утрированные проявления нормального возрастного развития .

Лебединский : считает , возникновение возрастной симптоматики возможно при условии наслоения переживания стресса на неблагоприятную органическую почву ( резидуальная органика ) .Возникновение симптомов тесно связанно с с онтогенетическим уровнем реагирования на различные вредности . Эти симптомы более специфичны для возраста , а не для какого –либо вида патологии .

Ковалев : различал четыре уровня нервно- психического реагирования у детей и подростков. 1). Уровень соматовегетативных проявлений от 0 – до 3х лет . 2) уровень психомоторного реагирования от 4х – до 7и лет. 3) уровень аффективного реагирования от 8 – до 12 лет . 4) уровень эмоционально –идеаторного реагирования от 13 – до 16 лет . На каждом уровне возникает своя специфическая симптоматика .

1. Первый уровень характеризуется нарушением цикла сон-бодрствование , персеверации сна , изменение питания. Неврологическая рвота , понос , запор . Проявления незрелости вегетативной нервной системы ,на фоне повышения температуры могут быть судороги и галлюцинации .
2. Второй уровень характеризуется симптоматикой в моторной сфере : тики , заикание , гиперкинезы , повышенная психомоторная возбудимость , негативизм .
3. Уровень характеризуется эмоциональной лабильностью , агрессивностью , негативизмом. Появлением страхов. Проявления эмоционального реагирования характеризуется половым различием ; девочки склонны к астенизации, плаксивости , вялости . Мальчики чаще гиперактивны , расторможены .
4. Сухарева : выделяет патологические реакции пубертатного возраста : сверх-ценные идеи , интересы , мета физическая , философская интоксикация. Иппохондрические идеи , выискивание у себя проявлений нездоровья , идеи мнимого уродства – дисморфофобия. Следствием может быть нервная анорексия . Патологические реакции : протеста , аппозиции , эмансипации .Аффект неустойчив , агрессивность.

Периодизация уровней нервно-психического реагирования достаточно условна . Связанно это с тем , что преимущественная симптоматика каждого уровня не только снимает , отодвигает симптоматику более раннего уровня , но и сосуществует на разных этапах в разных качествах . формируются новые типы клинико-психологической структуры . Если в клинической картине доминирует симптоматика более раннего уровня реагирования можно диагностировать ЗПР .

Сосуществование симптоматики: до 3х летнего возраста длится сенситивный период развития вегетативной нервной системы. То есть в течении этого возраста может проявляться пик негативной симтоматики ВНС. Патологическое растормаживание влечений в пубертате возникает на фоне патологии вегетативно-эндокринной системы. Аффективные расстройства если были ведущими на втором уровне развития , то имеют не меньшее значение на третьем и четвертом уровне . Возрастные отражают патологически измененную фазу развития , с другой стороны могут иметь определенную специфичность характерную для заболевания которым были вызваны . Пример : Страхи появляются на определенном этапе возрастного развития . При шизофрении страхи определяют характер бредовых расстройств . При эпилепсии страхи связываются с нарушением сознания , при неврозах приобретают характер сверхценных идей . Фантазии нормальный этап возрастного развития наиболее присущее дошкольникам и младшему школьному возрасту. При шизофрении , при МДП страхи могут приобретать нелепый , вычурный и стереотипный характер . при эпилепсии связываются с расстормаживанием влечений. При неврозах, при патологических формированиях личности ,психопатиях страхи могут носить социально-компенсаторный характер, бегство от собственной социальной несостоятельности . Изучение возрастной симптоматики необходимо для построения психологической структуры нормального онтогенеза- решение важнейшей малоисследованной теоретической задачи дисциплины .

Вывод о соотношении болезни и дисонтогенеза :

Взаимоотношение симптоматики может быть представлено следующим образом: - нешативная симптоматика болезни определяет специфику и тяжесть дисонтогенеза. Продуктивная симптоматика болезни оказывает общее тормозящее воздействие на психическое развитие больного ребенка. Возрастные симптомы являются пограничными между продуктивными симптомами болезни и явлениями дисонтогенеза .

ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.

1.Эмансипация , увлечения . Протестная реакция встречается очень часто в раннем дошкольном возрасте . Может быть связана с ограничением психомоторики , при чрезмерном или насильственном кормлении. При насильственном и слишком суровом приучению к опрятности. В более старшем возрасте за протестной реакцией скрывается реакция обиды , ущемленности и озлобленности . Провоцируются эти чувства чрезмерными требованиями к ребенку , непосильной нагрузкой. Недостатком , утратой внимания , несправедливостью , жестоким наказанием . Принято различать реакции активного и пассивного протеста . Могут быть нормальными и патохарактерологическими . Нормальными принято считать : непослушание ,вызывающее или агрессивное поведение , грубость которая является непосредственным ответом на травмирующие обстоятельства . Патохарактерологические реакции могут не являться непосредственным ответом , реакции генерализуются , ребенок отвечает так на все воздействия . патохарактерологические реакции как правило сопровождаются вегетативной симптоматикой : учащенный пульс , покраснение кожных покровов , потливость. Могут быть эксплозивные реакции со вспышками гнева , разрушительные действия , агрессия , общее двигательное возбуждение с аффективным сужением сознания , злонамереные поступки причиняющие вред обидчику . У младенцев может быть аффективно респираторные судороги . Патохарактерологические реакции разворачиваются остро и бурно . Может быть не острое реагирование , а накапливание патохарактерологических реакций как способ разрядки.

Реакции пассивного протеста : отказ от еды , уход из дома , совершение суицидальных попыток . Могут реакции отказа отказа от речи – мутизм. Недержание мочи , кала , рвота , запоры , насильственный кашель. Мутизм может быть элективным , избирательным. Возникновение мутизма связано с недостаточностью развития речевой функции и резидульной органики , протекает длительно и трудно поддается лечению. Уход из дома , бродяжничество чаще присущи мальчиками ( гебоидный синдром ) , могут стать привычной реакцией , при малейших трудностях бегство – как правило неблагоприятное течение .

Тип протестных реакций определяется возрастом ребенка и его личностными сообенностями . Реакция отказа всегда патологические , возникают при утрате ребенком чувства безопасности ,защищенности . чаще происходят при отрыве от семьи ( госпитализация в больницу , приют , санаторий ) . Может быть в семье при недостатке заботы и теплоты . Со стороны ребенка проявляется в заторможенности , неподвижности , отказе от общения, игр , от удовольствия. Возникает подавленность , угнетенность , расстройсвто сна и аппетита. Так называемая реакция госпитализма . Возникновение реакций отказа может быть обусловлено общей астенизацией ребенка , перенесение тяжелого соматического заболевания незадолго до психотравмы .

Реакции иммитации : ребенок копирует поведение наиболее авторитетного для него взрослого . Реакция компенсации – разочаровавшись в сфере ребенок стремиться компенсировать неуспехи в другой области .Гиперкомпенсация : несостоятельность , дефект преодолевается в наиболее трудной сфере деятельности .

ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ У ПОДРОСТКОВ.

1. Реакции эмансипации – проявляются в стремлении высвободиться из под опеки родных и вообще взрослых . как правило реакция ответ на постоянное воздействие взрослых , ограничения , запреты и психологическое давление ю Подросток может пытаться тайно сопротивляться установленным порядкам ,игнорирует советы , указы взрослых , отказывается от помощи. Подросток активно пытается уйти от контроля взрослых , открыто бунтует , пытается уйти от взрослых и самостоятельно устроить свою жизнь.
2. Реакция группирования : создание неформальных групп со сверстниками. Моральные правила , нормы группы оказываются главнее , приоритетнее чем те носителями которых являются взрослые .
3. Увлечения : усиление увлечений и наклонностей личности . Могут стать причиной нарушения поведения .
4. Реакции связанные с формирующимся сенситивным увлечением , могут проявляться уже в дошкольном возрасте. Мастурбация , повышенный интерес к лицам своего или противоположного пола, сексуально брачное поведение , интерес к подглядыванию за раздеванием , переодевание . Может быть стремление переодеваться в одежду противоположного пола , самообнажение , совместный групповой онанизм . Сексуальные фантазии связанные с ситуацией мастурбации . Рассуждения на тему пола . Игры с самообнажением , петинг , влюбленность . Гетеро и гомосексуальные контакты , ранние сексуальные беспорядочные контакты .

Психогенные реакции характерные для детей и подростков могут быть нормальными и патологическими.

ЛЕКЦИИЯ № 4 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ДИСОНТОГЕНЕЗА .

Цель: изучить психологические параметры дисонтогенеза

Вопросы по теме:

1. Оценка психического дизонтогенеза
2. Дизонтогенез
3. Психическая классификация онтогенеза

**Краткое содержание курса**

При оценке психического дисонтогенеза происходит опора на несколько парамеиров. Выделены проффесором Лебединским: основанных на теоретических предположениях Выготского , положившим методологические основы психологии аномального развития .

1. Функциональная локализация нарушения.Выделено два основных вида дефекта .

А. Частный дефект , обусловленный дефицитарностью отдельных ВПФ ( гнозиса , праксиса , речи).

Б. Общий дефект , связан с нарушением регуляторных систем ( подкорковых и корковых) : патологические влечения , нарушение или снижение уровня бодрствования , элементарные эмоциональные расстройства , дефекты интеллектуальной деятельности , недостаточность целенаправленности , программирования и контроля. Нарушение более сложных специфически человеческих образований.

Эти общие и частные нарушения выстраиваются в определенную иерархию. Нарушения в регуляторных системах отражаются на всей психической деятельности. Частный дефект может быть более парциален , легче , в силу скомпенсированности за счет других функций .

1. Время поражения. Взависимости от того в какой момент развития произошло воздействие. Чем раньше произошло патогенное воздействие , тем тяжелее последствия , тем вероятнее явление недоразвития. Чем позже воздействие , тем вероятнее повреждение . Учет не только хронологического аспекта , а наличие сенсетивных периодов в развитии определенных ВПФ. В свой сенситивный период функция наиболее неустойчива и подвержена неблагоприятному воздействию . Поражение в сенситивный период влечет более тяжелые последствия чем в другой период . Есть сенситивные периоды для психического развития вообще , когда большинство психофизических систем находятся в сенситивном состоянии . Всего два периода в процессе развития организма : 1й от 0 – до 3х лет ; 2й от 11 – до 15 лет .

Вероятность возникновения нарушений в эти возрастные периоды при патогенном воздействии наиболее велика. Возрастной период от 4х – до 11 лет наиболее устойчивый период . Временной параметр так же отражает различие длительности становления ВПФ. Функции имеющие короткий промежуток развития чаще повреждаются , это функции имеющие преимущественно подкорковую организацию. Корковые функции имеют более длительный период развития : пространственные представления окончательно формируются к 12 годам . Чаще эти функции недоразвиваются , задерживаются в своем развитии .

Под влиянием вредности психическая функция может регрессировать , функция возвращается на более ранний период развития. Регрессирование может быть временным , обратимым и необратимым. Необратимое снижение речи при РДА , обратимое – отказ от навыков опрятности .

Регрессу подвержены незрелые , до конца не сформированные функции . Вероятность регресса возрастает при сохранности в психике более ранних способов реагирования .Явления регресса необходимо отличать от явлений распада . распада – полная грубая дезорганизация функции . Отставание в развитии никогда не будет равномерным , больше страдают функции находящиеся в сенситивном периоде на момент формирования. Чем тяжелее поражение , тем более стойкий распад и регресс функций . Профиль психического развития аномального ребенка будет состоять из сохранных , поврежденных , недоразвитых , и в разной степени задержанных в своем развитии психических функций .

1. Характеризуется взаимодействием между первичным и вторичным дефектом . Выготским первичный дефект напрямую связаны с биологическим характером болезни ; вторичные дефекты возникают в процессе аномального социального развития . Пример : слепой ребенок – первичный дефект нарушение зрения , вторичный нарушение коммуникативной функции . Понимание структуры дефекта -первичный дефект может носить характер недоразвития , повреждения , сочетанный дефект . Вторичный дефект –то на что направлена коррекция , психологическими средствами можно воздействовать на вторичный дефект, который формируется в процессе усвоения социального опыта.

Механизмы формирования вторичного дефекта : 1) вторично недоразвиваются те функции , которые непосредственно связанны с поврежденной . Пример : первичный дефект недоразвитие слуха , вторичный дефект недоразвитие речи .2) характерен для тех функций , которые в момент воздействия вредности находятся в сенситивном периоде . Чем дальше функция от первично поврежденной , тем она сохраннее .Чем сложнее психическая функция, чем больше звеньев она в себя включает , тем больше проявлений вторичного нарушения . Пример : для нормального функционирования логического мышления необходимо множество компонентов – сенсорика , речь , пространственные представления . Повреждение этих функций ведет к дефекту логического мышления . Взависимости от места первичного дефекта , вторичное недоразвитие может двигаться снизу вверх и сверху вниз. Выготский , считал основным движением снизу вверх , от элементарных к высшим. Существует обратное развитие, недоразвитие высших затормаживает более низкие, при развитии ВПФ , базальные низшие перестраиваются , развиваются . Пример : при олигофрении , недостаточность развития мышления ведет к вторичному недоразвитию гнозиса и праксиса . Определенную роль в возникновении вторичных нарушений оказывает социальная депривация. Независимо от своей специфики дефект создает препятствие общению ребенка с окружающим миром, тормозит усвоение им знаний , навыков и умений . Если аномальный ребенок не становиться обьектом психолого- педагогических воздействий, это ведет к микро социально- педагогической запущенности, что усугубляет задржки в развитии . Ведет к формированию определенного дефекта в личности ребенка . Важность своевременной коррекции аномального развития. Для усвоения определенных навыков есть определенные возрастные сроки . Пропуск возможности усвоения чего – либо в срок создает необходимость приложить усилия для усвоения . Создается необходимость иерархии между первичными и вторичными : биологическими и социальными нарушениями . На ранних этапах основное препятствие обучению и воспитанию создают первичные дефекты, по мере воспитания влияние вторичных дефектов . Коррекцию надо начинать как можно раньше .

4.Нарушение межфункциональных взаимодействий. Новые качества возникают в результате перестройки внутрисистемных отношений ( данные современной психофизиологии).

В нормальном онтогенезе отмечают три типа межфункциональных отношений .

1. Явления временной независимости . Характерны для ранних этапов онтогенеза отдельных психических функций , компоненты психических функций могут формироваться независимо друг от друга. Выготский : до 2х летнего возраста мышление и речь развиваются параллельно друг от друга .Обьединяясь составляют два качества : фонетическая и смысловая сторона речи.Развиваются независимо , затем обьединяются .
2. Ассоциативная связь по принципу цепочки , характерные для ранних этапов онтогенеза . Разрозненные разномодальные чувственные впечатления обьединяются в ассоциативный комплекс на основе пространственно – временной близости .
3. Иерархический тип : формируется в процессе усложняющейся предметной деятельности . Выделяется ведущий и фоновые уровни .Ведущий определяет регуляцию, фоновые отвечают за техническую сторону . Распределение функций , ведущий уровень разгружается от чрезмерной нагрузки , за счет этого повышается пластичность и потенциал функции.

При нормальном онтогенезе эти три типа связей возникают последовательно и отражают уровни организации психических процессов .

ДИСОНТОГЕНЕЗ.

Межфункциональное взаимодействие при дисонтогенезе.

1. Временная независимость функции превращается в изоляцию. Изоляция функции несопровождается другими функциями . Стериотипизируются и зацикливаются в своем развитии. Временная независимость превращается в изоляцию. Изолированной может оказаться поврежденная функция или солхранная , если для ее дальнейшего развития необходимо координирующее влияние поврежденной функции . Пример : при развитии умственно отсталого ребенка, интеллектуальная сфера не координирует моторное развитие ребенка . Стереотипное повторение движений , изолирование в развитии .
2. Ассоциативные связи при органической недостаточности ЦНС крайне инертны , в результате возникает их патологическая фиксация . Фиксация интеллектуальной сферы наиболее хорошо изучена . Существует фиксация в аффективной сфере . пример : пик возникновения страхов у детей приходится на 3 и 11 лет. В патологических случаях страхи фиксируются и распределяются на другие возрастные периоды . Наиболее серьезно страдают наиболее сложные иерархические связи , они крайне не стойки и регрессируют при малейших затруднениях. Пример : ребенок с ЗПР осваивая счетные операции в пределах 10 , легко переходит к наглядно-действенному способу счета – на пальцах. При патологических проявлениях регресс более стойкий .

В норме смена типов межфункциональные связи обеспечиваются законом гетерохронии. Функции созревают в разные сроки , у каждой психической функции свой цикл развития: сенситивный и латентные периоды развития .При патологии гетерохрония переходит в асинхронию , в диспропорцию . Может иметь три варианта проявления :

-ретардация , незавершенность отдельных периодов развития ; отсутствие инволюции более ранних форм. Присуще олигофрении , ЗПР.

-явление патологической акселерации отдельных функций ; преждевременное развитие речи ( РДА речь может быть ло 1 года ) .

-сочетание явлений патологической акселерации и ретардации . ( РДА – речь развивается рано , моторная сфера задержка развития ).

Межфункциональное взаимодействие при дисонтогенезе имеет свою специфику .

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ОНТОГЕНЕЗА .

Попытки классификации предпринимались давно и разными авторами : Сухарева , Каннер , Ковалев . В каждой из классификаций есть свои достоинства и недостатки.

Эти классификации были проанализированны и использованны Лебединским.

Различают три группы – в каждой из них два варианта дисонтогенеза . Группы выделяются на основании качества нарушения развития .

1. Аномалии вызванные отставанием в развитии : а. Стойкое психическое недоразвитие ( олигофрения ). В. задержанное развитие ( ЗПР) .
2. Аномалии для которых характрна диспропорциональность, асинхрония развития : А. Искаженное развитие (РДА). В.Дисгармоничное развитие ; психопатии , патохарактерологическое формирование личности , невропатии . Нарушение темпов полового созревания .
3. Аномалии вызванные поломкой или выпадением психических функций. А. Поврежденное развитие ( органическая деменция ) .В. Дефицитарное развите ( нарушение сенсорных систем , зрения , слуха и двигательной систем, нарушение опроно-двигательного аппарата ).   
   Выделяют дополнительную форму дисонтогенеза : возникающий на фоне хронических соматических заболеваний .

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ АНОМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ .

-этиологический фактор

классификация

клинические особенности

структура первичных и вторичных дефектов

дифференциальная диагностика от других вариантов дисонтогенеза

коррекция вариантов дисонтогенеза

ЛЕКЦИЯ №5.

ТЕМА: ПСИХИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ .

**Цель:** Изучить понятие психическое недоразвитие

**Вопросы по теме**:

1. Олигофрения
2. Клинико психологическая структура дефекта
3. Соотношение первичного вторичного дефекта

**Краткое содержание:**

Олигофрения .

Этиология – различают эндогенные и экзогенные варианты этиологического критерия.

Эндогенные генетические факторы :1) спровоцированно патологией хромосомного набора , существует более 200 видов хромосомных аббераций , приводящих к олигофрении . ( Пример : болезнь Дауна 1\700 новорожденных частота встречаемости ). 2) Врожденные нарушения обмена веществ , патология ферментативных структур – фенилкетонурия .3) Сочетанное поражение мышечной , костной , сердечно- сосудистой , нервной систем . 3% новорожденных имеютврожденную умственную недостаточность , с течением времени этот процент увеличивается .

Экзогенные факторы : пренатальные , постнатальные , ранний период – вирусные инфекции матери во время беременности ( корь , краснуха , гепатит) . Чем раньше вредоносное воздействие , тем хуже последствия для ребенка .Хроническая инфекция – сифилис , токсоплазмоз , хронические тяжелые заболевания матери . Эндокринные заболевания , сердечно – сосудистая , дыхательная патология матери . Интоксикация плода : наркотическая , алкогольная , лекарственная , рентгенновское облучение , воздействие радиации . несовместимость крови матери и ребенка . Внутриутробная гипоксия . Натальные вредоносные факторы : родовая травма , осложнение родовой деятельности возникает на фоне существующих проблем беременности . Вредности влияющие на ранних этапах онтогенеза – до 2х лет . Могут быть следствием перенесенного менингоэнцефалита. Нейроинфекции –прививочные .черепно-мозговой травмы , опухоли головного мозга, возникающие на ранних этапах развития . После 2х лет это уже повреждение .

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДЕФЕКТА .

При олигофрении обусловлена необратимым развитием дефекта мозга , с преимущественной незрелостю коры.

Законы : тотальности и иерархичности .

1. Закон тотальности : недоразвитие психической и соматической функций организма . Сочетанное поражение костно- мышечной , сердечно – сосудистойсистем , дефекты , пороки развития внутренних органов – печени , почек , ЖКТ .

Тяжелые формы олигофрении имеют внешние физические знаки (хабитуС- внешний вид) : микро и макроцефалия , башенный череп , лобная часть увеличина по отношению к лицевой части , скошенный лицевой угол , подбородок вы ступает в норме вперед , а при олигофрении провал ., недоразвитие ушной раковины , мочки уха. Диспропорциональность тела ,заячья губа, волчье небо , однако могут встречатся и без патологии интеллектуальной сферы. Чем тяжелее умственная отстатлость , тем больше физических знаков .Проявления закона тотальности отражается в нарушении ней родинамики , и проявляется в инертности , плохой переключаемости , слабости психических процессов , недоразвитии восприятия =- п проявляется замедленностью , бедностью , слабой активностью , снижением объема восприятия при сохранности органов чувств . Дефект мозговых отделов анализатора , а не периферических отделов . Недоразвитие моторики при отсутствии первичного поражения двигательного анализатора, сочетание поражения нервного и опорно – двигательного аппарата усугубляет структуру дефекта. Бедность и однообразие моторного репертуара , неритмичность , замедленность , снижение пластичности движения . Может быть бесцельное двигательное беспокойство , синкенезии , неловкость произвольных движений. Неустойчивость мышечного тонуса , снижение координации движений . Бедность мимики и жестов . Недостаточность функций памяти проявляется на всех этапах мнестического процесса ( запоминание , хранение , воспроизведение).Наблюдается изменение функции внимания – проявляется в сужении обьема внимания , слабости фиксации . Недоразвитие речи ( со времен Эскироля , рассматривается как главный критерий тяжести дефекта- чем тяжелее дефект, тем значительнее недоразвитие речи). Активный словарь резко ограничен даже по сравнению с пассивным, понимает ребенок больше слов , чем использует . Нарушение грамматического строя речи , произношение косноязычно , развитие речи идет по пути накопления существительных . Процесс формирования предложений надолго затягивается . Нарушение регулирующей функции речи . Недоразвитие проявляется в недостаточности практического интеллекта , слабость предметного анализа ( наглядно действенного и наглядно образное мышление в норме предшествуют развитию вербально логического мышления ) . Дети с олигофренией не могут сложно оперировать с предметами . система монтессори при обучении детей с умственной отсталостью делает упор на наглядно действенное мышление. Нарушение примитивных форм мышления , недоразвитие образов понятий ( Выготский) приводит к тому , что понятия достаточно расплывчаты , не дифференцированны , ограничены пределами непосредственного опыта ребенка . Пезнер : при олигофрении существуют трудности обобщения и отвлечения . Пиаже: признаком недоразвития мышления считал замедление интеллектуального развития с возрастом , фиксация на отдельных операциях .

Недоразвитие эмоциональной и личностной сферы : проявляется в низкой дифференцированности , бедности и однообразности эмоций , актуальности непосредственных эмоциональных раздражителей . Наблюдается эмоциональная вязкость , склонность к импульсивным аффективным реакциям . ребенок не в состоянии подавлять контролировать аффект. Незрелость личности проявляется в слабости мотивов , в низком уровне познавательных интересов , их быстрое угасание , повышенная внушаемость, безиннициативность, слабость волевой сферы .Недоразвитие касается всех сторон психической активности- закон тотальности .

2.Закон иерархичности : согласно закону недоразвитие высших более сложных форм психической активности более выражено , чем недоразвитие низших примитивных форм психической активности. Недоразвитие мышления при олигофрении тяжелее , чем недоразвитие гнозиса , праксиса . Высшие формы мышления сильнее недоразвиты , чем примитивные. В недоразвитии отдельных функций страдает их высшее звено . Уровень связанный с процессами отвлечения и обощения . Все функции страдают не в базальном , а в высшем смысловом аспекте .

Проявление закона в отдельных ВПФ :

1. В восприятии страдают анализ и синтез . Олигофрен опирается на обедненные перцептивные схемы . Тест Бендера : ребенка просят нарисовать некоторые фигуры , комбинации которые можно воспроизвести при анализе фигуры , ее частей .
2. Развитие внимания – пассивное внимание более сохранно , чем произвольное, активное .
3. Анализ функции памяти при олигофрении – показывает что механистическая память более сохранна , чем смысловая . наблюдается дефект опосредования памяти, более выраженный чем непосредственного . пикктограмма не облегчает запоминания . Не используют лпосредованные приемы запоминания .
4. Развитие моторики ;крупная грубая моторика более сохранна чем тонкая. Затрудненность выработки сложных двигательных программ и нарушена способность к быстрой смене моторной установки , трудности переключения , ригидность.
5. Развитие речи – страдает функция обобщения и смысловая сторона речи .
6. Развитие эмоциональной сферы- закон иерархичности проявляется в сохранности элементарных эмоций , недоразвитии высших эмоций связанных с социальным развитием .

Вывод : Недоразвитие мышления , влияет на развиие других психических функций сверху – вниз , препятствует развитию более низших элементарных психических процессов .

СООТНОШЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ДЕФЕКТА.

На начальных этапах изучения олигофрении в качестве первичного дефекта рассматривали дефицит эмоционально – волевой сферы ( Сеген , Левин ) . Однако позже Выготским было доказано , что существует единство и сложная взаимозависимость интеллектуальных и эмоциональных нарушений при олигофрении . С точки зрения Выготского недоразвитие мышления и высших форм памяти все это вторичные дефекты , обусловленные затрудненным усвоением социального опыта вследствии биоллогической недостаточности мозга. Недоразвитие личности как следствие социальной депривации .

Рубинштейн : ядерный симптом олигофрении недостаточность познавательной активности , слабость ориентировочной реакции . Морфологической базой олигофрении Певзнер , считает , недоразвитие лобных долей головного мозга и частично теменных отделов голвоного мозга . первичный дефект связан с недостаточностью В ВПФ программирования , контроля и пространственных представлений –первичный дефект . Вторичный дефект при олигофрении имеет кольцевой характер : недоразвитие идет и сверху вниз и снизу вверх . Вторичный дефект имеет многоступенчатую структуру , в его основе лежит социальная изоляция , депривация развития . Поражение 3 го блока так же имеет место – обеспечение активирующего влияния .

ЛЕКЦИЯ № 6

ТЕМА: СИСТЕМАТИКА ОЛИГОФРЕНИЙ .

**Цель**: Изучить систематику олигофрении

**Вопросы по теме:**

1. Систематика олигофрении
2. Динамика психического развития при олигофрении
3. асинхрония развития олигофрении

**Краткое содержание:**

1.Эскироль в 1878 году опирается на критерий развития речи . Выделяет три степени: Идиотия– тяжелая форма , с наиболее глубоким недоразвитием всех функций , вплоть до функции восприятия , мышление отсутствует , вербальная активность ограничена нечленораздельными звуками . Возможно использование отдельных слов не согласующихся с ситуацией ( контекстом ) . в обращенной речи реагируют на интонационную сторону. Элементарные эмоции связаны с удовлетворением физиологических потребностей , выражаются крайне примитивно с помощью крика , гримас. Все новое вызывает страх. При легкой степени идотии возможно формирование чувства симпатии , привязанности к людям ухаживающих за ними . Радость при похвале , смутное беспокойство при порицании . Навыков самообслуживания нет . поведение ограничено импульсивными реакциями на внешние стимулы. Все поведение направлено на удовлетворение физиологических потребностей . Имбицильность – средняя степень слабоумия . Ограниченная способность к накоплению запаса сведений . Способен к выделению простейших признаков предметов,ситуаций . Простейшие навыки самообслуживания доступны .Доступно понимание и произношение частотных фраз . В развитии эмоциональной сферы доступно развитие симпатических эмоций , существуют зачатки самооценки , ребенок может остро переживать насмешки и издевательства сверстников . Возможно обучение ребенка чтению , письму , арифметике , рисованию . Легкая степень – возможность обучению элементарным трудовым навыкам . Дебильность – распространенность выше , проще спутать с ЗПР. Мышление развивается до уровня наглядно- образного , доступна определенная оценка конкретной ситуации . Могут неплохо ориентироваться в простых практических вопросах . Хорошая фразовая речь , хорошая механическая память . Обучение в специальных школах , по адаптированными программам с обязательной профессиональной ориентацией и последующей социальной адаптацией .

2.Классификация Г. Сухарева : основана на клинокопатогенетическом критерии .

Олигофрения делиться на два типа : Типичная – выполняются оба закона , тотальности и иерархичности . Атипичная один из законов частично нарушается .

Пример : олигофрения при гидроцефалии – может быть хорошо развитая механическая память, что соотносится с нарушением закона тотальности ; при лобной олигофрении нарушение целенаправленности выше чем нарушение логического мышления . При олигофрении вызванной недоразвитием желез внутренней секреции нарушается закон иерархичности – слабость побуждений .

Типичная олигофрения в свою очередб делиться на два подвида : не осложненная , связанная с генетической патологией , эндогенная форма олигофрении , недоразвитие интеллектуальной и эмоциональной, личностной , сенсорной , двигательной сфер . При легкой степени деятельность ребенка определяется уровнем интеллектуального развития. Доброжелательны , усидчивы , старательны .

Осложненная форма : - психическое недоразвитие осложняется энцефалопатическими повреждениями нервной системы . этиология связана с натальными факторами и постнатальными вредностями . чем позже произошло повреждение , тем выше вероятность появления осложненной олигофрении ; цереброастенический синдром , резко нарушается работоспособность , за счет повышенной утомляемости и психической истощаемости . Интеллектуальный потенциал не реализуется в полной мере.

Неврозоподобный синдром , характерны ранимость , боязливость , склонность к страхам , тикам , заиканию . Тормозит активность и инициативу ребенка , повышает его неуверенность в себе , несамостоятельность. Ограничивает общение с окружающими. Формируется психопатоподобный синдром : характерна аффективная возбудимость , рассторможенность влечений ,грубо дезорганизованна работоспособность, деятельность и поведение в целом. Особое значение наличие психопатологического синдрома приобретает в периоде пубертата . Серьезная опасность для себя и для окружающих ; велик риск школьной и социальной дезадаптации , попадание в ассоциальные группы с демонстрацией девиантного поведения .

Эпилептиформное осложнение олигофрении – расстройство выражается в судорожных припадках как при эпилепсии . у ребенка помимо недоразвития лобнотеменных отделов , имеются очаги эпилептической активности, что ухудшает общее психическое состояние ребенка , снижают его интеллектуальную работоспособность . лишают его возможности обучения даже во вспомогательной школе . Усиливает социальную депривацию и ведет к формированию комплекса дезадаптации тормозящего психическое развитие .

Апатико адинамические расстройства. Проявляются в медлительности , вялости и пассивности психического состояния . Слабость побуждения к деятельности. Наиболее грубо из всех вариантов энцефалопатии усугубляет психическое развитие .

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ОЛИГОФРЕНИИ .

Признаки психического недоразвития выступают на всех возрастных этапах , степень их выраженности пропорционально тяжести поражения мозга , интенсивности ( сила ) и экстенсивности ( распространенности ) корковой недостаточности . чем более тяжелое органическое поражение нервной системы , тем более ранними этапами онтогенеза ограничивается психическое развитие ребенка. Формирование высших сложных процессов может вообще не формироваться . При легких не грубых вариантах олигофрении характерно отставание сроков становления различных ВПФ . Первый год жизни отставание , снижение формирования комплекса оживления . Запаздывание формирования моторных функций . позже держат голову , позже переворачиваются , ходят , садятся , встают . На втором – третьем году жизни становятся очевидными отставание в развитии речи , отставание в формировании навыков опрятности и самообслуживания. Не научаются пользоваться горшком , одеваться , кушать . В дошкольном возрасте становиться очевиден недостаток интеллектуальной сферы , отсутствие любознательности , слабость познавательной активности , отсутствие интереса и трудности в освоении начальных элементов чтения и счета . Игровая деятельность формируется с опозданием . Застревание на этапе простых манипуляций и элементарных подражательных стереотипов . В игровой деятельности отсутствуют элементы творчества и инициативы . Трудно понять игровые правила ( сюжетные , сюжетно – ролевые ) , не понимают условия игры. Это осложняет взаимодействие со сверстниками . Усугубляет интеллектуальное развитие , таккак развитие идет через игровую деятельность . В семь- восемь лет соответствуют уровню развития трех – четырех летнего уровня . Так как сензитивный период игровой деятельности пропущен , невозможность обучения . В динамике развития больных с олигофренией часто наблюдается явление ретардации с редуцированностью отдельных этапов возрастных уровней нервно – психического реагирования . при олигофрении психогенные реакции свойственны более младшему уровню – от 0 – до 3 х лет ; уровень соматовегетативного реагирования расстягивается на весь период дошкольного развития . В более старшем , подростковом возрасте доминирует психомоторный и аффективный уровень реагирования ( в норме присутствует до 12 лет ). Эмоциональная незрелость усугубляет риск ассоциальной направленности , повышенная внушаемость , несамостоятельность , зависимость , желание получить одобрение любой ценой , отсутствие моральных этических представлений приводит этих детей в ассоциальные преступные группы . ( орудия свершения преступлений , не осознавая поступков ) . Поэтому обществу выгодно воспитывать этих детей в интернатах , под контролем . Так в семье эти дети воспитываются в ситуации гипоопеки и отвержения , бесконтрольно . Так же государство должно обеспечить генетический контроль в целях исключения потомства .

Итог : психическое развитие ребенка в норме – ребенок за каждый возрастной этап проходит определенную ступень в развитии . При олигофрении за каждый возрастной этап путь меньше , чем сложнее олигофрения тем короче путь . Пиаже : с каждым возрастным этапом процесс психического развития замедляется , ступень становиться короче. В норме психическое развитие безгранично , при олигофрении имеется потолок , лимит ограничивающий развитие . Психическое развитие олигофрена всегда конечно , чем грубее патология , тем короче развитие . Используется классификация устанавливающая степень патологического процесса в соответствии с возрастным уровнем развития . Легкая степень олигофрении соответствует 12-14 летнему уровню развития ; средняя степень 9-11 летнему уровню развития ; тяжелая степень умственной отсталости соответствие 3-8 летнему уровню нормального развития .

При работе с детьми с олигофренией нужно успеть в максимальной степени реализовать его интеллектуальный потенциал до того момента пока он достигнет потолка . Чем тяжелее заболевание , тем быстрее исчерпывается запас развития .

Методика Монтессори направлена на развитие сенсорики , развитие предметного содержания ( цвет , форма , объем ) .

Актуальна проблема поздней диагностики в школе. В связи с этим асинхрония развития олигофрении идет в нескольких направлениях:

1. Диспропорция между психическим и физически развитием . При дебильности наблюдается соответствие паспортному возрасту .
2. Диспропорциональность между эмоциональным и интеллектуальным развитием . Базальные эмоции сохранны . Воздействуя на развитие эмпатических чувств можно установить хороший контакт и способность к интеллектуальному развитию. При типичной не осложненной олигофрении ( генетической ) ребенок дображелателен , исполнителен . Это используется в продвижении интеллектуального развития , готовность трудиться для похвалы .
3. Ассинхрония внутри интеллектуального развития проявляется в отсутствии развития новообразований возраста, – преобразуются из позитивных в негативные , несвоевременность формирования .

**Лекция №7.**

**ТЕМА:** Задержанное психическое развитие .

**Вопросы по теме:**

1. Понятие ЗПР
2. Этиолоиия ЗПР
3. Особенности выполнения тестовых вопросов при ЗПР

**Краткое содержание:**

ЗПР. Обратимое замедление темпа психического развития, замедление обнаруживается при поступлении в школу. Выражается в недостаточности общего запаса знаний , ограниченности представлений , незрелости мышления , низкой интеллектуальной целенаправленности, преобладание игровых интересов, быстрая пресыщаемость интеллектуальной деятельностью . В отличии от олигофрении отличается сообразительностью в пределах имеющихся знаний . Более продуктивно используют помощь взрослых . Экспертная оценка 60% неуспевающих в школе показала наличие ЗПР(ММД) . Диагноз ЗПР ставиться ребенку до 12 лет. После диагноз снимается , при достижении возрастной нормы , или ставиться диагноз патохарактерологическое формирование личности. После 12 летнего возраста ребенок не может быть переведен в специальную школу для детей с ЗПР .

Этиология ; конституцианальные факторы , хронические соматические заболевания , органическая недостаточность ЦНС резидуального характера ( пост , натальные , пренатальные , генетические нарушения ) , психогенные факторы – неблагоприятные условия воспитания . Систематизация ЗПР Власова , Певзнер выделяет два варианта ЗПР: 1. возникновение вследствие психического и психофизического инфантилизма. Недоразвитие эмоционально волевой сферы , может быть осложнено недоразвитием познавательной сферы и речи . 2.вследствии астенических и цереброастенических состояний ( общемозговые дисфункции , длительные заболевания ).

Лебединская : этиологические критерии, выделяется 4 варианта З.П.Р.

1. конституционального происхождения – гармонический психофизический и психический инфантилизм. Инфантильная психика сочетается с инфантильным телосложением. Детская пластичность мимики и моторики. Развитие эмоциональной сферы соответствует более раннему возрастному этапу. Эмоции яркие и живые, в поведении преобладают эмоциональные реакции. В деятельности доминирует игровой интерес, отмечается внушаемость и не самостоятельность. Неутомимость в игре, могут играть часами. В игре много элементов творчества и фантазии. В интеллектуальной деятельности быстро наступает пресыщение. Проблемы возникают при поступлении в школу, нет интереса к учебе, не сформированы представления о дисциплине, затрудненно формирование социальной позиции школьника. Эмоциональная не зрелость затрудняет адаптацию ребенка в коллективе. Возможно патохарактерологическое формирование личности по не устойчивому типу. Эти особенности могут наследоваться, конституциональный семейный анамнез, кто то из родителей тоже медленно взрослел.
2. З.П.Р. – соматогенного происхождения, эмоциональная не зрелость обусловлена длительным хроническим заболеванием, пороками физического развития внутренних органов, после операций, при сахарном диабете, бронхиальной астме, патологии желудочно- кишечного тракта. Физическая и психическая астенизация, формируется робость, боязливость, не уверенность в себе, не способность к самостоятельному принятию решения, зависимость и беинициативность. Этому способствует режим жестких ограничений и контроля, фактор искусственной инфантилизации, гиперопека.
3. З.П.Р. – психогенного происхождения, следствие не благоприятных условий воспитания. В силу психогенной ситуации, сила зависит от времени воздействия – чем раньше и чем тяжелее интенсивность воздействия, тем тяжелее задержка, тем более вероятно характерное формирование личности. Не благоприятные условия: гиперопека, безнадзорность, в результате которой З.П.Р. может привести к патологическому развитию личности по не устойчивому типу. Проявляется в импульсивности, не способности сдерживать свои эмоции и желания, не сформировано чувство долга и ответственности. Гиперопека формирует эгоцентризм, установки тормозящие развитие воли, жестокое и грубое отношение с ребенком приводит к невротическому развитию личности. З.П.Р. проявляется в отсутствии инициативы, не самостоятельности и робости.
4. Церебрально- органического генеза: возникает вследствие патологии беременности , родов, инфекций, интоксикаций, травм в первый год жизни. Отличается от олигофрении тяжестью поражения и временным интервалом поражения. Раннее воздействие приводит к развитию олигофрении, чем позже тем чаще задержка, проявляется в незрелости в сочетании повреждением нервной системы. В структуре церебрально-органической формы почти всегда наблюдается ряд энцефалопатических расстройств – психопатоподобная и неврозоподобная симптоматика, проявления психорганического синдрома, свидетельствующие о повреждении нервной системы. 50-90 % задержки психического развития имеют неврологическую симптоматику, гипертензионный синдром, нарушение нервной иннервации и проявления вегетативной сосудистой дистонии. Эмоционально-волевая не зрелость проявляется в органическом инфантилизме, не яркости и живости эмоций, эмоции достаточно примитивны, не похожи на ребенка более младшего возраста. Грубая внушаемость связана с органическим дефектом, не способностью к критике. Преобладают игровые интересы, игра достаточно однообразна, нет творчества, фантазии. Игра по правилам распадается на отдельные фрагменты. В учебной ситуации ориентируются не на содержание учебной задачи, а на поведение и отношение учителя, получая хорошие оценки радуются, предпочитают выполнять большое количество трудных задач, чем одну. Предпочтение игровой деятельности. Клинико-психологическая картина зависит от преобладающего фона настроения. 1. эйформический фон. Наблюдается импульсивность, психомоторная расторможенность, внешне имитируют детскую не посредственность и жизнерадостность, отмечается не способность к волевому усилию и систематической деятельности. Непоседливы на уроке, ходят. При наказании, когда ругают обещают исправиться, учиться не хотят.2. дисфорический, с пониженным фоном настроения. Склонность к робости, страхам, не самостоятельные, без инициативны. Преобладают игровые интересы, с трудом привыкают к обстановке и к коллективу. Ведут себя более правильно, сильно переживают из-за школьных неудач. Дети на которых преподаватель меньше всего обращает внимания и буквально тянет за уши по программе. Склонность к формированию невротических наслоений, усугубляющих течение З.П.Р.. Не зрелость познавательной деятельности характеризуется определенной иерархической структурой нарушений, при олигофрении страдают высшие психические функции, при задержке психического развития страдает не мышление , а вспомогательные функции; память, внимание, пространственные представления, гнозис, сенсорные и моторные проявления, отставание в речевом развитии, освоении навыков чтения, письма и счета, отставание в формировании вербально- логического мышления. Познавательная активность возникает вследствие энцефалопатических расстройств. Характерна астения, истощаемость нервной системы , не способность к интеллектуальной реализации, двигательная расторможенность.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПРИ З.П.Р. , ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ.

1. низкая познавательная активность при предъявлении познавательных задач, ребенок старается уйти любым способом, предлагает другие темы для обсуждения, прямой отказ, явный негативизм, уход в игровую деятельность.
2. внимание – отмечается сужение поля внимания, фрагментарное выполнение отдельных заданий, не устойчивость внимания, недостаточность произвольного регулирования. Яркие внешние стимулы отвлекают от выполнения задания, полевое поведение.
3. развитие памяти – характеризуется снижением продуктивности непроизвольного и особенно произвольного внимания. Объем кратковременной и долговременной памяти не большой ( из 10 слов запоминается 5), заучивание не дает успешности, а только ухудшение результата. Отсроченное воспроизведение, задание выполняется с искажениями, привнесение новых слов. Низкий уровень произвольного запоминания связан с ограниченной познавательной активностью и не умением использовать вспомогательные мнемические приемы, отмечаются трудности смысловой переработки запоминаемой информации. Недостаточность переработки сенсорной информации ведет к отсутствию целостности восприятия, системы признаков объекта, то есть ребенок может не узнавать знакомый предмет в непривычном ракурсе. При плохой освещенности или при контурном предъявлении. Требуется больше времени для адекватного узнавания, отмечаются трудности в наглядно- действенном и наглядно- образном мышлении, в перцептивном моделировании – сложение целого из частей. Ребенок с З.П.Р. может собрать целое из 2х частей. Предъявляется методика схематизации( методика полянки Венгера). Мышление – при тестировании отмечается недостаточная предварительная ориентировка в условиях познавательной задачи. Нет плана выполнения задания и предвидения результатов своей деятельности, функция программирования и контроля недоразвита. Наблюдается инертность мышления, недостаточность переключения при выполнении одной деятельности и ее перехода к другой. Отставание в развитии наглядно- действенного мышления минимально, недостаточность наглядно- образного мышления, очевидна задержка формирования вербально- логического мышления, с отставанием в речевом развитии; не сформирована обобщающая функция слова. Отставание в развитии проявляется в не сформированности мыслительных операций ( сравнение, обобщение, группировка, классификация). Степень выраженности и характер эмоциональных и интеллектуальных нарушений не одинаков у разных детей с задержкой психического развития. Условно принято выделять две группы детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза.1). преобладают явления органического инфантилизма, эмоционально-волевые нарушения. Имеют не грубую энцефалопатическую симптоматику, церебростенический синдром. Частота встречаемости реже чем 2) группа. Отмечаются легкие неврозоподобные явления, психомоторная возбудимость, присущ инфантильный психический облик.2).Преобладают нарушения познавательной деятельности. Черты не зрелости сочетаются с признаками повреждений, возможны психопатологические расстройства, расторможенность, дурашливость, агрессивность, повышение влечений – прожорливость, склонность к онанизму. Выраженные неврозоподобные и церебростенические расстройства; эпилептиформные и апатико- адинамические нарушения. Тяжесть интеллектуального дефекта определяется при помощи теста Векслера. В 1) группе общие показатели вербального и невербального интеллекта в пределах возрастной нормы, по некоторым вербальным субтестам снижение показателей, по невербальным в норме. 2) группа все три показателя находятся на границе между нормой и умственной отсталостью. Снижение вербальных и невербальных показателей субстестов. Тяжесть интеллектуального сильнее во второй группе, при этом компенсаторные возможности ниже. Тест состоит из 12 субтестов, вербальные и невербальные по 6, строится график.

Психологические механизмы – выявляется при помощи нейропсихологических исследованиях высших корковых функций. Картина многомерна, связана с поражением не зрелого мозга, высшие психические функции не сформированы и поэтому повышена их уязвимость различных ее систем. При нейропсихологическом исследовании в 70% случаев обнаруживается нарушение тонких форм зрительного гнозиса, снижение слухоречевой памяти, фонематического слуха, пространственных представлений.

В отечественной нейропсихологии применяются 3 параметра нейропсихологического анализа высших психических функций у детей с задержкой психического развития:

1. недостаточность динамической организации психических функций, не устойчивость тонуса, подвижность психических процессов.
2. парциальная недостаточность отдельных корковых функций: гнозиса, праксиса, речи.
3. недостаточность регуляторных процессов, обеспечивающих инициирование, программирование и контроль.

У детей 1. Органический инфантилизм, мозаичный преимущественно динамичный характер нарушения высших психических функций, вследствие низкого тонуса, повышенной истощаемости, недостаточности автоматизации движений и действий. Формирование и закрепление навыков чтения и письма затрудненно вследствие недостаточности речевой моторики, трудности дифференциации фонем в серийном потоке. Не грубые нарушения зрительно-моторной координации. Импульсивность, нарушение функции контроля, введение речевой регуляции снимает импульсивность. Проговаривание задания облегчает его решение.

1. У второй группы детей преобладают энцефалопатические расстройства, нарушения более выражены. Динамические нарушения проявляются в повышенной лабильности, истощаемости, инертности, наличие персевераций. Отмечается первичная дефицитарность ряда высших корковых функций. Проявляется в трудностях восприятия усложненных предметных изображений и букв, отмечаются трудности ориентировки в пространстве. Зеркальность при письме, нарушение речевой моторики и фонематического слуха, слухоречевой памяти, трудности построения развернутой фразы. Снижение речевой активности.
2. При нарушении функционирования 3 блока головного мозга отмечается нарушение регуляции, проявляется в недостаточности программирования и контроля деятельности. Исполнение речевых формул улучшает деятельность ребенка. Выражение нейродинамических расстройств в недостаточности речи и других высших психических функций.

На основе нейропсихологического анализа можно выяснить иерархию нарушения познавательной деятельности у детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза. В основе легких случаев лежит нейродинамическая недостаточность связанная с истощаемостью высших психических функций. При тяжелых органических поражениях отмечаются более грубые расстройства, проявляющиеся в инертности психических процессов, в сочетание с первичной дефицитарностью отдельных высших психических функций (гнозис, праксис). Первичный дефект недостаточность нейродинамических процессов, вторичный парциальные и мозаичные нарушения высших корковых функций,недоразвитие психических новообразований – программирования, контроля и вербально логического интеллекта. Иерархия нарушений при задержанном психическом развитии обратна картине протекания олигофрении. Страдают предпосылки мышления, а не само мышление.

Динамика развития при З.П.Р. :

Динамика кардинально различается от олигофрении. Темп развития снижен при воздействии неблагоприятных средовых и внутренних факторов, возможны эпизоды регресса; при правильном обучении и воспитании происходит постепенное преодоление, так как потенциально сохранены возможности развития В.П.Ф, происходит замедление а не тотальная остановка. В отличие от умственной отсталости процесс задержки может иметь экстрацеребральную природу. Динамика развития может меняться в зависимости от условий воспитания, нарастание темпа развития до нормального уровня при адекватном воздействии, коррекционно- психолого – педагогических мероприятий. Отсутствие корекции влечет патохарактерологическое формирование личности и не реализацию потенциальных возможностей.

Помощь детям с З.П.Р.:

Специфические особенности – 1 й группе необходима помощь в организации внимания и контроля, актуализация мотива деятельности; достигается путем использования речевого контроля. Вербальный отсчет, инструкция – интериоризируется деятельность, использование игровых ситуаций для решения игровых задач, обязательна эмоциональная стимуляция. –2й: упор делается на коррекцию интеллектуальных трудностей. Расчленение программы на отдельные смысловые звенья, уменьшение объема и скорости выполнения задания. Отрабатываются речевые формулы, проговаривание программы совмещается с деятельностью.

ЛЕКЦИЯ № 8

Тема: ДЕФИЦИТАРНОЕ РАЗВИТИЕ.

Цель: Изучить понятие дефицитарное развитие

Вопросы по теме:

1. Тип дисонтогенеза связанный с первичной недостаточностью отдельных систем – зрения, слуха, опорно- двигательного аппарата.

Тип дисонтогенеза связанный с первичной недостаточностью отдельных систем – зрения, слуха, опорно- двигательного аппарата.

1. Модель дефицитарного психического развития связанного с недостаточностью зрения и слуха: этиология – факторы провоцирующие нарушения слуха это инфекции перенесенные в период беременности9 краснуха, корь, грипп, врожденный сифилис, токсоплазмоз). Слух может быть поврежден вследствие перенесенных постнатальных инфекций до двух летнего возраста ( корь, скарлатина, эпидемический паротит, менингит, энцефалит, отиты), и вследствие генетических факторов. Более 50 % нарушений слуха обусловлены влиянием генетических факторов в сочетание с провоцирующими инфекциями. Наиболее тяжелые нарушения возникают при раннем воздействии фактора, нарушение слуха может произойти и позже в результате использования антибиотиков ( гентамицин). Нарушение зрения в 15 –17 % случаев генетический фактор, хронические болезни и интоксикации матери в период беременности, слепота может быть следствием патологии родов – ретинопатия недоношенных, опухоли локализованные на пути зрительного анализатора.

Клинико- психологическая структура дефицитарного развития:

Иллюстрация модели Выготского о законах аномального развития( соотношение первичного и вторичного дефекта). Параметры первичного дефекта определяют формирование вторичного дефекта. 1) Степень выраженности сенсорного дефекта. Чем менее выражен дефект, тем больше возможность его компенсации. При наличии тугоухости ребенок имеет возможность освоить речь, но при этом его артикуляция будет смазанной, будут редуцированы голосовые модуляции. Ребенок будет путать глухие и звонкие звуки, шипящие и свистящие, мягкие и твердые. Словарный запас обеднен. В речи много аграмматизмов, ошибочного употребления слов. При тотальной глухоте обреченность на немоту. Такая же картина прислабом зрении происходит накопление зрительных представлений, зрительное восприятие замедленно. Слепота исключает возможность формирования опыта зрительных представлений.2) Время воздействия дефекта – специфика определяется временем возникновения дефекта. Врожденная утрата слуха и до трех летнего возраста приводит к отсутствию или недоразвитию речи, при снижении или потере слуха после трех летнего возраста, после сформированной фразовой речи нарушения будет менее грубыми. Утрата слуха в школьном возрасте – речь будет уже грамматически сформирована, накоплен большой словарный запас. Нарушение речи сводится к недостатку произношения, оглушение звонких согласных, смазаность артикуляции. Врожденная слепота у ребенка вообще нет запаса зрительных впечатлений, затрудненно формирование вертикального положения тела, развивается страх пространства и новых предметов. Влечет задержку в освоении пространства и предметной деятельности, первичные манипуляции с предметами появляются только после двух лет. Нарушение формирования походки и схемы тела. Нарушение зрения в раннем возрасте ведут к недоразвитию психомоторной сферы, проявляется в слабости акта хватания. При запаздывании дифференциации движений отмечается застывание с предметами и стереотипные движения. Нарушение зрения в более старшем возрасте после трех летнего возраста , при наличии зрительного опыта более легкое развитие моторики, предметной деятельности. Образование понятий и представлений. Опыт имеет большое значение для прогноза, учитываются особенности интеллекта, эмоционально- волевой и личностной сферы ребенка и своевременно начатого коррекционного обучения. Систематика различных вариантов основана на критерии времени и степени повреждения.

На основании этих критериев дети делятся на группы;

Слабослышащие и глухие - делятся на рано оглохших и позднооглохших. Слабослышащие делятся на детей с относительно сохранной речью и с глубоким недоразвитием речи.

Дети с нарушением зрения делятся на три группы; 1. тотально слепые дети. 2. частично видящие 3. слабослышащие.

Вторичные дефекты : у глухих связанно с речевым дефектом, ограничение общения и совместной со взрослым предметной деятельности; вторичные нарушения связаны с отставанием формирования перцептивных представлений и обобщений, с трудностями выделения и фиксацией на отдельных свойствах предметов, нарушение формирования предметных представлений осложняет формирование процесса отвлечения и обобщения, мышление достаточно конкретно. Вторичные нарушения связанны с затруднением включения восприятия в более широкий круг деятельности. При дефицитарном дисонтогенеза возникают вторичные специфические нарушения развития эмоциональной сферы, слепой ребенок не может воспринимать жесты, взгляды и мимику, недостаточно невербального общения. С ранних этапов развития невербальное общение отсутствует , лицо амимично, заторможенность моторики, недостаток артикуляции. Глухой ребенок не воспринимает эмоциональные характеристики речи, страдает эмоциональное общение, восприятие не конгруэнтно, нет оценки всего контекста в сфере общения.

Первичные дефицит анализатора оказывает сложное многомерное влияние на другие функции : формируется сложная иерархия нарушений. Существует обратная зависимость, уровень культурального развития влияет на первичный дефект. При не полной утрате слуха и отсутствию обучения речи дефект слуха усугубляется. Максимальное стимулирование развития речи уменьшает степень дефекта до определенных пределов. Ярко выражена гетерохрония развития. Развитие отдельных функций идет не равномерно, дефект определенных систем тормозит общее развитие, к вторичным образованиям при сенсорных дефектах относятся не только нарушение различных функций, но и компенсаторные механизмы помогающие ребенку приспособиться к требованиям среды. В организации резервных возможностей Ц.Н.С., высокая пластичность в формировании высших корковых функций, запускаются функции перестройки. У глухих отсутствие вербальной речи компенсируется жестовой речью; компенсация у слепых в шестом чувстве, способность улавливать близость к предметам даже не касаясь их, обладание очень тонким осязанием. Компенсация идет по пути усиления функций способных заменить утраченную функцию, полной компенсации не возможно.

Аномалии развития личности при сенсорных дефектах – возникают при неблагоприятных условиях воспитания и неадекватной педагогической коррекции. Формирование личности по дефицитарному типу, для которого характерен сниженный фон настроения, астенические черты, ипохондрия, тенденция к аутизации возникающая в следствие затруднения контактов с внешним миром, как компенсаторная реакция ход во внутренний мир. Определенную роль в формирование личности играет и не правильное воспитание, психогенные факторы, ребенок в семье становиться объектом гиперопеки, возможно формирование невротических и истероформных черт личности. Помещение ребенка в интернат усугубляет формирование дефицитарного типа, организация помощи детям с сенсорными дефектами в нашей стране сейчас хуже чем это было 20 лет назад. Раньше велись исследования, разрабатывались программы воспитания, были центры изучающие эту проблему.

1. Нарушение двигательной сферы:

Этиология – нарушения двигательной сферы могут быть спровоцированными генетическими факторами, не грубая конституциональная недостаточность моторики ( неуклюжесть). Влияние внутриутробного и постнатального поражения Ц.Н.С. и при раннем детском аутизме возникают двигательные нарушения, нарушения двигательной системы могут возникнуть вследствие поражения спинного мозга инфекционной этиологии ( полиомиелит). Двигательные нарушения определяют эмоциональную депривацию, замедление темпов развития. При изучении нарушений моторной сферы разработана тестология Азерецкого, на развитие моторики, качество выполнения моторных проб. (Морпе, Валлон, Гуревич М.И.). Нарушение в развитии отдельных психофизических компонентов движения связано с недостаточностью определенных структур головного мозга, но не с нозологией заболевания . Интерес ук изучению проблемы возобновился в 50 - 60х годах, делался упор на разработку программы развития и обучения.

Клинико-патофизиологическая структура моторной сферы: определяется недостаточностью подкоркового уровня организации движений, проявляется в нарушении тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительность движения. Может быть кортикальная недостаточность, в этом случае страдает сила, точность движения и формы предметных представлений. Патология подкоркового уровня- отвечает за тонус, который играет ведущую роль в преднастройке движения, в его стойкости, стабильности, эластичности и акцентуации формы. При недостаточности в раннем возрасте нарушается формирование ряда рефлексов : удержание головы, сидение, ходьба, в более старшем возрасте нарушение тонуса ведет к снижению работоспособности и обучаемости.

Возможны три варианта : 1. патологический гипотонус, быстро развивается усталость рук, общее утомление и снижение внимания. 2. патологический гипертонус, ухудшение внимания, быстрая утомляемость, перенапряжение, наблюдаются характерные нарушения в письме, может быть тенденция к микрографии, грамматические ошибки- фиксация на технической стороне письма. 3. дистония – наблюдается колебание тонуса , нарушение тонуса могут быть связаны с патологическим состоянием аффективной сферы, явление госпитализма; отмечается двигательная пассивность, задержка моторного развития, в тяжелых случаях на следующих этапах развития кататоно - подобные расстройства при стойких аффективных реакциях в младенчестве. Возникает повышение тонуса с гипертимностью и повышенной возбудимостью. При недостаточности тонуса связанного с подкорковой недостаточностью – страдает темп. Нарушение темпа чаще проявляется в замедленности движений. Нарушение ритма движений указывают на подкорковую локализацию повреждения. Нормальный онтогенез движений в промежутке 9-18 месяца на фоне утомления и снижения уровня бодрствования могут возникать ритмические разряды, ритмическое качание головой или туловищем. Характеризует признаки незрелости нервной системы. При патологическом онтогенезе такие разряды могут возникать в любом возрасте. Это может указывать на связь с тяжелой умственной отсталостью и шизофренией. Возникновение разрядов может быть обусловлено депривацией. Нарушение ритмической организации движений негативно влияет на формирование у ребенка навыков требующих автоматизации. Нарушение формирования автоматических движений проявляется в нарушении синхронных движений рук и ног при ходьбе, при поворотах туловища, в нарушении автоматических защитных движений, нарушен акт ходьбы. Отставание в развитии выразительных движений может возникать при некоторых генетически обусловленных эндокринных нарушениях. Чрезмерно развиваются крупные мускулы, не развиваются мелкие. Возникает и при умственной отсталости. Симптоматика моторного нарушения будет зависеть от локализации поражения. Поражение ядерных зон сенсо-моторных отделов – страдают компоненты движения; сила, точность, скорость движения. Поражение премоторных и постцентральных отделов – нарушается целостность двигательных актов, формируется картина апраксии. В детстве процесс становления двигательной сферы еще не завершен, возникающие нарушения имеют меньшую четкость, локализованность и изолированность чем у взрослых. В большинстве случаев наблюдается диффузная симптоматика, включает в себя явления повреждения и недоразвития двигательной сферы. К явлениям недоразвития относятся явления : 1)синкенезии – непроизвольные движения сочетающиеся с произвольными и не связанные с ними по смыслу. С 1 м глазом при закрытом 2 м движения в правой руке повторяются на левой. Синкенезии в норме присутствует, с возрастом их количество уменьшается, наиболее активно в возрасте 8-14 лет. При аномальном онтогенезе синкенезии могут сохраняться позже. 2) недостаточность точности и стабильности движений, действий. Действия легко сбиваются при осложненных условиях. Знакомое действие выполняемое в условиях шума, при ограничении лимита времени, использовании нового орудия, нового материала. Часто проводя диагностику с детьми можно экспериментально выявить не грубые отклонения в моторной сфере, не всегда являющиеся признаком патологического уровня. Поэтому экспериментальны данные необходимо сопоставить с клиническими.

В 60 х годах Зазо исследовал расхождение по доминантности руки и глаза у детей школьного возраста. В 6 лет расхождение обнаруживается у 60 % детей., в 9 -10 лет у 20%, не имея признаков органического поражения Ц.Н.С. Признаки поражения нервной системы определяют необходимость коррекционного обучения. Вопрос о коррекции левшества - при наличие органической недостаточности левого полушария левшество является компенсацией дефекта. Переучивание спровоцирует декомпенсацию, может усугубляться невротизацией, появление тиков и заикания, в большинстве, в большинстве случаев рекомендовано не переучивать. Систематика аномалий развития двигательной сферы; 1. моторная дебильность, корково ассоциативная форма проявлений в нарушении мышечного тонуса, неловкость произвольных движений и синкенезий. Трудности комбинации движений, плохая приспособляемость движений к реальным задачам, инертность в использовании предметов. 2. двигательный инфантилизм – проявляется в снижении темпа моторного развития, в длительном сохранении некоторых рефлексов раннего детства, синкенезий, запаздывание формирования навыков сидения, стояния и ходьбы. 3. экстрапирамидная недостаточность – проявляется в бедности мимики и жестов, защитных и автоматических движений. 4. фронтальная недостаточность проявляется в снижении способности выработки двигательных формул, не целенаправленности , расторможенности и гиподинамии. Наиболее часто эти двигательные нарушения наблюдаются при олигофрении. В негрубой форме возможно задержанное психическое развитие церебрально- органического генеза.

3.Детский церебральный паралич: наиболее изученная модель аномального развития двигательной сферы. Этиология: органические поражения головного мозга в результате воздействия внутриутробных инфекций и интоксикаций, несовместимости матери и ребенка, асфиксии и внутричерепных кровооизлияниях в родах, в следствии недоношенности. Реже Д.Ц.П. развивается постнатально в следствие менингоэнцефалита перенесенного впервые годы жизни. Патогенез связан с поражением ряда корково-подкорковых отделов головного мозга, премоторной зоны. Центральное место в клинико-психологической структуре дефекта занимают двигательные нарушения - параличи и парезы, так же нарушения мышечного тонуса. Классификация Д.Ц.П. предложена Семеновой в 1974 году. 1. Спастическая диплегия – болезнь Литля, тетрапарез с большим поражением ног. Ребенок может обслуживать себя, овладевает учебными и трудовыми навыками, Нарушения интеллектуального развития минимально, возможно обучение в массовой школе.2. двойная гемиплегия – тяжелое поражение всех конечностей с выраженной ригидностью мышц: не могут сидеть самостоятельно, интеллектуальное развитие не повышается выше степени тяжелой дебильности. 3. Гиперкенетическая форма – гиперкинезы, сочетаются с параличами и парезами или выступают в качестве самостоятельной симптоматики. Интеллектуальное развитие удовлетворительное. 4. Атоническая астатическая форма – характерны парезы и низкий тонус мышц. При систематическом лечении к 3 –5 годам ребенок овладевает способностью к произвольным движениям. В половине случаев наблюдается олигофрения в стадии дебильности ил имбицильности. 5. гемипаротическая форма – парезы организованы в 1 половине тела, в верхних конечностях тяжелее чем в нижних. 25-30% детей страдают олигофренией. Выраженное интеллектуальное недоразвитие, не как свидетельство двигательных расстройств, а как свидетельство массивности поражения головного мозга. Клиническая картина олигофрении будет атипична.

Недостаточность нервно-психических функций у детей с Д.Ц.П: 1) нарушение развития речи, вследствие дефекта моторного компонента, проявляется в дизартрии; наблюдается отставание формирования моторной стороны речи, правильного произношения, появления первых слов и фразовой речи, медленное расширение словаря. В тяжелых случаях наблюдается моторная алалия, общая недостаточность развития всех сторон речи.2). недостаточность пространственного гнозиса, возникает в следствие недостаточности теменных отделов и нарушения зрительного восприятия связанных с двигательными расстройствами. При Д.Ц.П. нарушена конвергенция и фиксация взора, проявляется в трудностях восприятия формы, трудности соотнесения элементов в пространстве, в восприятии пропорций и перспективы. Наблюдается недоразвитие схемы тела. Запаздывает формирование ориентировки право- лево, пальцевая агнозия. 3) нарушение формирования ориентировочной реакции в раннем детстве. 4) недоразвитие предметных действий, игра и учебные навыки формируются с трудностями связанными с пространственным гнозисом. 5). Нарушение работоспособности в следствие церебростенических расстройств и недостаточности зрительного аппарата.

Все формы недостаточности усугубляют задержку психического развития ребенка с Д.Ц.П.. Объясняют необходимость обучения этих детей в специализированных школах по соответствующим программам. Эмоциональная сфера – отмечается склонность к невротическим и неврозоподобным расстройствам, к тикам и заиканию, энурез. Часто наблюдается задержка эмоционального развития. Органический инфантилизм, недостаточность дифференцирования эмоций, бедность и однообразность, отсутствие инициативы в деятельности. Отклонения в развитии личности детей с Д.Ц.П. чаще проявляется в формировании личности по дефицитарному типу. Этому способствуют факторы депривации и гипертопеки. Дети с Д.Ц. П. Много времени находятся в ситуации депривации, так как требуется длительная стационарная помощь без возможности размещения матери, происходит формирование явлений госпитализма. Формируются специфические защитные механизмы в сужении уровня притязаний при неадекватно завышенной самооценке в сфере здоровья. Отрицание дефекта в сфере здоровья приводит что нет стремления на что-то претендовать, это позволяет ребенку пережить собственную неполноценность, что неизбежно при интеллектуальной недостаточности. Остро неполноценность переживается в подростковый период, усиление тенденции к аутизации, разрываются контакты с окружением, компенсаторный уход в мир собственных фантазий и грез. В подростковом возрасте появляются истерические черты со склонностью к навязчивым идеям и ипохондрии. При соответствующих провокациях могут возникать суицидальные тенденции и действия. Итог: при дефицитарном онтогенезе, связанного с дефектом анализатора, что влечет недоразвитие отдельных функций, связанных с поврежденным анализаторов, формируются личностные характеристики. Координаты нарушений снизу вверх – от локального частного дефекта к более целому. При неблагоприятных условия и отсутствии коррекции возможно движение сверху вниз.

ЛЕКЦИЯ № 9

ТЕМА:ПОВРЕЖДЕННОЕ РАЗВИТИЕ.

**Цель**: Изучить понятие поврежденное развитие

**Вопросы по теме**:

1. Деменция
2. Этиология деменции
3. Определение нарушения

**Краткое содержание**:

Модель органической деменции. Этиология – инфекции и интоксикации, травмы нервной системы, наследственные дегенеративные обменные заболевания головного мозга. Деменция начинается с грубого прогрессирования только после 2-3 летнего возраста. Временной фактор определяет патогенез и клинико- психологическую структуру деменции. К 2-3 годам большинство мозговых структур уже сформированы. Воздействие патогенного фактора приводит не к недоразвитию, а к повреждению . От З.П .Р. церебрально-органического генеза отличается большей массивностью поражения Ц.Н.С. Систематика деменций сложна, связана со множественностью патогенетических факторов. На основании критерия динамики болезненного процесса различают два варианта органической деменции. 1. резидуально –органическая деменция, слабоумие является остаточным проявлением поражения. 2. прогрессирующая деменция – слабоумие обусловлено текущим органическим процессом 9 хронический менингита, энцефалита, опухли и наследственные дегенеративные заболевания, прогрессирующий склероз мозга. Динамика болезненного процесса определяет возможности развития ребенка. При тяжелой прогрессирующей деменции нельзя говорить о аномальном развитии, так как идет грубый распад всех психических функций в следствие болезненного процесса. Об аномальном развитии можно говорить в случае резидуальной деменции, явления повреждения четко выражены, приостановка болезненного процесса дает возможность для дальнейшего развития ребенка.

Систематика по этиологическому критерию: эпилептическая , посттравматическая, постэнцефалическая, склеротическая деменция. Лучше изучена эпилептическая деменция, формируется при эпилепсии, сочетается с нарушениями мышления, аффекта 9 отмечается вязкость и инертность), сильная поляризованность эмоциq, вспышки гнева, усиление влечений. Относительно дефекта мышления и аффекта – отмечаются трудности коррекции. Могут быть опасны для себя и для окружающих. Патогенез и клинико - психологическая структура деменции определяется этиологическими факторами, степень распространенности и локализации болезненного процесса, возрастом начала заболевания и временем прошедшим после его окончания. Зависит от сочетания явлений повреждения, недоразвития и компенсаторных возможностей, определяется преморбидными индивидуальными особенностями ребенка. Клинико-психологическая структура дефекта отличается от олигофрении, при олигофрении происходит недоразвитие большинства функций и мозговых структур – проявляется закон тотальности и иерархичности; при деменции расстройства парциальны – первичными являются грубые корковые и локальные и подкорковые нарушения, вторичными являются гностические расстройства, нарушения пространственного синтеза, движений и речи. Чаще встречается сочетание корково-подкорковой дефицитарности, повреждение подкорковых структур изменяет нейродинамику психических процессов, обуславливает инертность мышления, его истощаемость ведет к дезорганизации всей психической деятельности. Структура дефекта включает нарушение целенаправленности мышления, выраженность нарушений грубее при олигофрении. Нарушение критичности проявляется в не понимании своих ошибок, несостоятельности, равнодушие к оценке своих действий окружающими, отсутствие планов на будущее. Степень личных нарушений при деменции может сильно варьироваться от очень грубых расстройств, с нарушением привязанности к близким, расстройством симпатических эмоций, до достаточно легких нарушений, когда личностные нарушения менее выражены чем интеллектуальные. Личностные нарушения при деменции грубее чем при олигофрении. По характеру нарушений: 1. в этой группе отмечаются адинамия, вялость, аспонтанность, слабость побуждений. 2. в этой группе отмечаются психомоторная расторможенность, дисфории, злобность, агрессивность, патология влечений, проявляется в прожорливости, гипертрофии сексуальных влечений, извращение влечений, влечение к самоповреждению, садистические тенденции. При деменции наблюдаются энцефалопатические расстройства, при олигофрении только при осложненных формах ; при задержке психического развития церебрально-органического генеза отмечается расторможенность влечений, нарушения поведения грубее при выраженном интеллектуальном дефекте. Обучение таких детей даже во вспомогательных школах затруднено. Клинико-психологическая структура деменции сложна и полиморфна: нарушения интеллектуальной , эмоционально-волевой и личностной сфере.

С точки зрения Сухаревой типы органической деменции определяются центральным нарушением:

* 1. преобладание низкого уровня обобщения
  2. преобладание грубых нейродинамических расстройств. Отмечается резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость , не способность к напряжению, сочетается с нарушением логического мышления, склонность к персеверациям.
  3. Недостаточность побуждений к деятельности к деятельности, вялость и апатия, резкое снижение активности мышления. В психическом статусе больных отмечается медлительность, пассивность, отсутствие навыков опрятности, общая двигательная заторможенность, с образованием элементарных двигательных стереотипов. Слабость побуждений, эмоциональная бедность проявляется в скудности мимики и моторики, нарушения в интеллектуальной и в личностной сфере проявляется в равнодушии к оценке, отсутствии привязанностей, планов и интеллектуальных интересов.
  4. Центральное место занимает нарушение критики и целенаправленности мышления, сочетается с грубыми расстройствами внимания, резкой отвлекаемости и полевым поведением. Внешняя активность характеризуется хаотичной двигательной расторможенностью и импульсивностью. Фон настроения как правило эйфорический с дурашливостью и кратковременными агрессивными вспышками. Эмоции примитивны и поверхностны , отмечается расторможенность влечений и грубая не критичность, наиболее трудно обучаемы. Ни на похвалу ни на порицание не реагируют. Грубо снижаются внимание и целенаправленная направленность деятельности.

При всех типах деменции выражено нарушение функций левых долей, обусловлено вовлечением в патологический процесс в состоянии не зрелости. Чем сильнее вредность тем выраженее нарушение функции левых долей. При деменции сочетается проявление недоразвития и повреждения функции левого полушария, сочетание зависит от возраста в котором развивается заболевание.

Дифференциальные критерии олигофрении и деменции:

* динамика слабоумия, качественный сбор анамнеза.
* Вспомогательные дифференциально-диагностические критерии , неврологическое и соматическое обследование. Наличие энцефалопатических расстройств, локальной и неврологической симптоматики – парезы и параличи, судороги.
* Физический облик ребенка ( хабитус), при деменции должен быть нормальным, при олигофрении в физическом облике присутствуют внешние проявления, и возможны изменения во внутренних органах.

Отличие деменции от задержки психического развития церебрально- органического генеза: специфика сходная – парциальность, энцефалопатические расстройства, неврологическая симптоматика.

1. при деменции более грубое поражение головного мозга, наступает распад личности, распад деятельности, наблюдается грубая не критичность, более тяжелое западение отдельных функций.
2. отличие динамики психического развития , при З.П.Р. все нарушения потенциально обратимы, при условии создания среды. При деменции возможности психического развития крайне ограничены.

Клинико-психологическая картина деменции:

Зависит от возраста начала заболевания, если заболевание возникает в 2 – 3 года происходит утрата, обеднение навыков, могут утратить навыки опрятности, самообслуживания и речи, ребенок не способен установить объективные связи между явлениями, имеет низкий уровень суждений, нарушение игровой деятельности, игры становятся стереотипными, выраженный регресс навыков. Деменция возникающая в младшем школьном возрасте – страдает речь, навыки самообслуживания, остаются сохранными элементарные учебные навыки ( если только не тотальное поражение головного мозга). Резко снижается интеллектуальная деятельность – целенаправленность и работоспособность, происходит распад учебной деятельности. Связано с редукцией познавательных интересов. В структуре поврежденного развития сочетаются явления стойкого необратимого регресса ряда функций, повреждение функций носит парциальный характер. Онтогенетически более молодые функции повреждаются и задерживаются в своем развитии. Направление недоразвития снизу вверх, от повреждений в коре. Межфункциональные взаимодействия характеризуются распадом иерархических связей с явлениями изоляции. Асинхрония развития связана с ретардацией формирования высших психических функций. Наблюдается сочетание регресса со стойкой фиксацией на более ранних этапах развития.

ЛЕКЦИЯ № 10

ТЕМА: ДИСГАРМОНИЧЕСКОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ.

Вопросы по теме:

1. психопатии
2. патологическое формирование личности
3. невропатии
4. отклонение от темпа полового созревания.

Краткое содержание:

Включает четыре варианта нарушений:

1. психопатии
2. патологическое формирование личности
3. невропатии
4. отклонение от темпа полового созревания.

Психопатия – стойкий дисгармонический склад психики, психопатические личностные свойства не имеют тенденцию к прогрессированию. Могут видоизменяться под влиянием биологических и социальных факторов. Систематика психоопатий сложна, связано с многообразием вариантов их промежуточном положением и не четкостью границ между нормальными вариантами характера и психическими заболеваниями, в этом заключается проблематика дифференциальной диагностики.

Классификация психопатий:

Систематика предложенная в 1915 году основана на феноменологических, социальных и клиникоописательных принципах, варианты выделены на основании внешней картины поведения и взаимоотношений в социуме.

1). Возбудимые. 2) безудержные 3) импульсивные 4) лгуны и фантасты 5) враги общества 6) патологические спорщики.

Классификация предложенная Шнайдером в 1923 году – 1) гипертимные 2) депрессивные 3) неуверенные в себе 4) фанатичные 5) ищущие признания 6) эмоционально лабильные 7) эксплазивные 8) бездушные 9) безвольные 10) астеничные. Выделяется доминирующий клинокоописательный принцип.

В 1921 году Кречмер предложил классификацию на основании сходства клинической картины с особенностями личности при различных психических заболеваниях. 1. шизоидный тип личности соответствует шизофреническому типу.2. циклоидная личность – соответствует маниакально- депрессивному психозу. 3. эпилептоидная личность – эпилепсии.

Ганнушкин в 1933 году предложил 9 клиникоописательных вариантов. 1. Циклоиды. 2.эпилептоиды. 3. шизоиды. 4. истерический тип. 5. неустойчивый тип. 6. антисоциальный тип. 7. конституционально глупых. 8.параноики. 9. астеники.

Сухарева в 1959 году предложила систематику по этиологическому критерию. Выделено три группы – конституциональные, органические, смешанные.

В результате синтеза накопленного опыта Личко и Ковалев разработали систематику психопатий: 1. к конституциональным относятся – шизоидная, эпилептоидная, циклоидная, психоастеническая; к органическим – возбудимая и безтормозимая; к смешанным – истерическая, неустойчивая.

Буянов : при любой психопатии существует врожденная дисгармония биологических компонентов личности. Наблюдаются различные симптомы дисонтогенеза – неврозоподобная симптоматика – тики, энурез, экопрез, заикание, психопатический дисонтогенез эмоционально- волевой сферы.

Этиология психопатий: конституционально- генетическое наследование фактора. Органические психопатии возникают под влиянием экзогенно обусловленных вредностей на ранних этапах онтогенеза. Патогенез малоизучен. Крепелин считал, о в основе лежит парциальный инфантилизм в личностной сфере,не затрагивающий интеллектуальной сферы. Кречмер считал, что патогенез психопатии подобен психическому заболеванию. Сухарева – в основе патогенеза лежит нарушение формирования корково-подкорковых связей.

Клинико-психологическая структура психопатий:

1.Шизоидная психопатия обусловлена влиянием конституциональных черт, характеризуется повышенной чувствительностью, чертами аутизма, ранимость, отсутствие непосредственности и жизнерадостности, сухость в отношениях. Ранним развитием речи при задержке моторного развития. Протекает как скрытые формы Раннего детского аутизм, различие в отсутствии интеллектуального дефекта.

2.Эпилептоидная психопатия может быть рано обнаружена в 2 года: отмечается эмоциональная вязкость, определенная направленность эмоций и влечений, склонность к колебаниям настроения в сторону дисфорий. Присущи мстительность, упрямство, агрессивность, конфликтность, повышенное стремление к самоутверждению, жестокость и педантичность и аккуратность. Отсутствие интеллектуального дефекта и судорожных припадков, отмечается характерная вязкость мышления.

3.Циклоидная психопатия – диагноз редко ставиться в детстве. Отмечаются колебания настроения, у детей нет фазности все время эйфорический фон настроения, гипертимный вариант циклоидной психопатии. Активность, склонность к шуткам, озорству, чрезмерная общительность. Гипотимные фазы проявляются после периода половой зрелости.

4.Психоастеническая психопатия – характеризуется наличием постоянного страха за жизнь и здоровье близких и себя. Ребенок мучим тревожными опасениями, пугает все новое и незнакомое. Нерешительность, ипохондричность, склонность к навязчивым действиям и мыслям. Для совладения с тревогой и страхами формируются навязчивые ритуалы, любовь к порядку и постоянному неизменному режиму.

5.Органические психопатии: возбудимый\эксплозивный тип. Чаще наблюдается у мальчиков, характеризуется аффективной и двигательной возбудимостью, легкостью возникновения аффективных вспышек, агрессией, упрямством, злобностью, негативизмом. Астенической расслабленностью и вялостью и слезами. Настроение не устойчиво, колебание в сторону дисфорий. Конфликтность и бурные протестные реакции, часто попадают в асоциальные группы.

6.безтормозной вариант – может быть спровоцирована инфекционными заболеваниями ( эпидемический энцефалит перенесенный в раннем возрасте). Характеризуется повышенным фоном настроения, эйфорический. Грубая откликаемость на внешние раздражители, не критичность при сохранности интеллекта. Отмечается патология влечений, привязанность к импульсивным сексуальным эксцессам, склонность к бродяжничеству.

7. Истерическая психопатия – обусловлена влиянием конституционально- генетических факторов, ранним воздействием экзогенных факторов, чаще характерна для женщин. Симптоматика связана с психической не зрелостью. Капризны, ревнивы к чужим успехам, демонстративны в поведении, жажда признания, не способность к волевому усилию, учатся хуже чем позволяет интеллектуальное развитие. Повышенно конфликтны, при ущемленном самолюбии склонны к интригам и сплетням, склонность к вымыслам сексуального содержания. Основная дисгармония между жаждой признания и не способностью к волевым усилиям.

8. неустойчивая психопатия – сочетание психической не зрелостью и дисгармонического инфантилизма – не зрелость интересов, поверхностность, нестойкость привязанностей, импульсивность поступков, снижение продуктивности при хорошем интеллекте, не способность к длительной целенаправленной деятельности. Характеризуются сенсорной жаждой, потребность ярких впечатлений, не способны к борьбе с трудностями, могут быть побеги из дома, бродяжничество. Безответственность и повышенная внушаемость, легко попадают в асоциальные группы. Трудности диагностики связаны с тем , что неустойчивые черты характерны любому ребенку, диагноз не ставят до достижения 15 летнего возраста. В психиатрии постановка диагноза опирается на биологические и средовые факторы оказывающие влияние на формирование психопатии. Декомпенсация может быть спровоцирована психотравмирующей ситуацией, соматической патологией, кризисными возрастными периодами.

Модель патологического формирования личности:

Этиология – неблагоприятные условия воспитания, длительная психотравмирующая ситуация, накладывается на органическую церебральную недостаточность не грубого резидуального характера, на дисгармоническое протекание периода полового созревания. Патогенез: формирование идет через два механизма – 1. закрепление патологических реакций, становятся постепенно личностными реакциями. 2.непосредственное воспитание патологических черт характера, копирование родителя ( возбудимость, не устойчивость, истеричность0 в результате отрицательной стимуляции.

Систематика:

1. аффективно – возбудимая форма , формируется если в семье складывается длительная конфликтная ситуация и жизнь в семье наполнена ссорами и агрессией. Жесткое обращение в семьях алкоголиков, характеризуется аффективной взрывчатостью, разрядами раздражительности во вне, конфликтность.
2. истероидный – характерен для девочек, формируется при конфликтных ситуациях в семье, в ситуации гиперопеки и воспитании ребенка по типу кумира семьи. Характерно кокетство и демонстративность
3. психическая неустойчивость формируется в ситуации гипоопеки и безнадзорности. Характерно безответственность, отсутствие чувства долга, слабоволие, лабильность аффекта, импульсивность и повышенная внушаемость.
4. тормозимый тип формируется в ситуации доминирования гиперопеки – характерна зависимость и безинициативность, пассивность, неуверенность, робость, и обидчивость.
5. невротический формируется в качестве хронизации невроза у соматически ослабленных детей при неблагоприятных условиях. Характерна боязливость, страхи, ипохондричность.

Невропатия :

Особый вид аномалии эмоционально-волевой сферы, обусловленный неустойчивостью регуляции вегетативных функций. Может быть конституциональной и органической. Дефект вегетативной нервной системы проявляется в нарушении сна, аппетита, терморегуляции, метео чувствительности, эмоциональные нарушения вторичны. Сухарева выделяет два варианта; астенический – характерна пассивность, чувствительность, впечатлительность, ранимость, истощаемость. Эти обстоятельства способствуют подверженности невротическим проявлениям в виде страхов, энуреза, тиков, заикания; возбудимый тип невропатии – ребенок раздражительный, двигательная расторможенность.

Отклонение темпов полового созревания:

Первичный дефект нарушение вегетативно-эндокринной регуляции, возникает ретардация или акселерация темпов полового созревания. Возникает в следствие генетических особенностей, конституционально, или под влиянием экзогенно обусловленной органической недостаточности нервной системы. В период полового созревания отмечается недоразвитие моторики, медлительность, неуклюжесть, снижение эмоционально-волевой сферы, несамостоятельность, внушаемость, трусливость. Дисбаланс моторики и эмоций, в речевом развитии отмечается чрезмерная речевая продукция – говорят стройно и красиво, это компенсаторный механизм. Ускоренное развитие приводит к одностороннему развитию интересов, ранее пробуждение сексуальности не в 16 а в 7- 8 лет, аффективная возбудимость, взрывчатость, усиление влечений, стремление к самостоятельности в жизни, трудоустройству при органической незрелости интеллектуальной сферы. Дисгармония интеллектуальной и эмоционально- волевой сферы, диссоциация высших психических функций.

ЛЕКЦИЯ № 11

ТЕМА: ИСКАЖЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ.

**Цель** : Изучить понятие искаженное психическое развитие

**Вопросы по теме**:

1. Понятие аутизм
2. Подходы к природе аутизма
3. Клинико психологическая структура дефекта РДА

**Краткое содержание:**

Ранний детский аутизм, комплекс внешних проявлений, может быть экзогенно обусловлен и иметь органическую природу, быть вторичного психогенного происхождения.

Вторичный психогенный аутизм формируется в ситуации депривации – сенсорной, когнитивной и эмоциональной. Может развиваться в разных ситуациях, при помещении ребенка в приют, концентрационные лагеря, при наличии сенсорных дефектов у ребенка. Первичный аутизм имеет генетическое сходство с шизофренией, протекает как процессуальное психическое заболевание или органическая патология Ц.Н.С. В результате наличия синдром аутизма , ребенок оказывается вне социума, вне процесса социализации и не имеет возможности овладеть навыками и знаниями. Внешняя картина поведения ребенка с Р.Д.А.: аутизм стержневой компонент патологи, проявляется отсутствием или значительным сокращением контактов с окружающими, уход в себя, свой внутренний мир, содержание внутреннего мира определяется возрастом, степенью сохранности интеллекта и особенностями течения болезни. Характерно тщательное оберегание своего внутреннего мира от внешних вторжений. Отсутствие эмоциональной дифференциации отношения к одушевленным и неодушевленным предметам, при наличии дифференциального отношения предпочтение отдается неодушевленным предметам. Развитие эмоциональной сферы – обнаруживается отсутствие эмоциональной реакции на ситуацию. Холодность и безразличие к близким, не проявляет привязанность, в тоже время повышенная ранимость и чувствительность, к тону, к громкости голоса. Обязательно присутствуют страхи: самые обычные вещи воспринимаются как несущие вредоносное воздействие, страхи ригидные сохраняются десятилетиями, годами. Во многом страхи определяют нелепое поведение ритуального характера. Страхи генерализованные, может быть тотальный страх всего. Сфера восприятия - отмечается гиперстезия к обычным раздражителям, яркости света, громкости звука. У больного с Р.Д.А. среда постоянный источник дискомфорта. Отгороженность от действительности, защитное реагирование направленно на избежание сильной сенсорной стимуляции, вначале может создаваться впечатление сенсорного дефекта. Сверх сильным раздражителем является человеческое лицо, несет огромное количество информации; уже младенцы двух месячного возраста с большим интересом разглядывают человеческое лицо, с предпочтением другим стимулам. Ребенок с Р.Д.А не может перенести контакта глаз, избегает этого контакта. Характерно отсутствие само - восприятия, не узнают себя в зеркале. Общение с аутистом сложно, нет визуального контакта. Развитие интеллекта – возможен большой спектр вариантов; от умственной отсталости до чрезвычайной одаренности в каких-то областях ( музыка, математика, шахматы). В литературе и в кинематографе много иллюстраций ( человек дождя, отличительной чертой феноменальная память, возможность складывать в уме многозначные числа). Существует информация, что в компании Била Гейтца много работников аутистов, программистов.

Интеллектуальная деятельность аутиста отличается определенными специфическими особенностями: нарушение целенаправленности, затруднение концентрации внимания, пресыщаемость, вычурность мышления, склонность к символике. Интеллектуальная деятельность имеет аутистическую направленность, оторвана от реальности и направлена на самого себя. Развитие речи может иметь широкий спектр от тотального мутизма, никогда ни с кем, до возможности иметь большой словарный запас и способность оперировать сложными грамматическими конструкциями, тонкая чувствительность к слову. Интеллектуальная деятельность и речь лишены коммуникативной функции, в речи долго не появляются личные местоимения, долго о себе говорить 2 или в 3 лице, как говорят о нем другие, высказывание инфинитивами ( Петя хочет пить, дать пить). При мутизме ребенок не использует вербальных форм общения – берет за руку и ведет. Тембр и модуляция голоса не естественны, механистический и машинообразный, как робот или вычурно певучие. Повышенное стремление к словотворчеству, неологизмы. Ребенок с Р.Д.А. долгие часы может повторять отдельные слоги, звуки и слова – эхолалия, услышанного раннее. Ценность представляет рисунок возникающего звучания. Слово лишено предметной отнесенности, речь игрушка для себя. Развитие моторики: произвольные движения не ловки, ребенок с трудом овладевает навыками самообслуживания. Непроизвольные движения могут быть пластичными и тонко выверенными. Движения вычурны, манерны, гримасничанье, неожиданные жесты, защитные ритуалы. Внутренний мир заполнен страхами и фантазиями, оторванная от реальности фабула. Содержание фантазии вычурно и сказочно. Часто наблюдается перевоплощение в животных, при игре характерен полный отрыв от реальности.

Диагностика аутизма: % больных с Р.Д.А. неуклонно растет, в течении нескольких лет в 10 раз. Легкие стертые формы Р.Д.А. наиболее распространенны, трудно провести линию между Р.Д.А. и шизоидной психопатией ,формированием личности. Согласно М.К.Б 10 выделяют: 1. качественное нарушение реципрокного взаимодействия, проявляющееся в неспособности использовать для социального взаимодействия визуальный контакт, мимику и жестикуляцию, не способность установления контакта со сверстниками. Нарушение реакции на других людей, отсутствии коррекции поведения в зависимости от социальной ситуации, отсутствие общих интересов с людьми. 2. качественные аномалии общения, проявляется в задержке формирования или полного отсутствия спонтанной речи. Не способность начинать и поддерживать беседу. Повторяющаяся и стереотипная речь. Отсутствие спонтанных ролевых и подражательных игр. 3. ограниченное повторяющееся и стереотипное поведение, интересы и активность. Проявляется в поглощенности стереотипными и ограниченными интересами, навязчивая привязанность специфическим ритуалам. Стереотипные моторные маневризмы ( вычурные движения), повышенное внимание к частям предметам или не функциональным элементам игрушек. ( крутить колеса у машины, хлопать ботинками).

Выделяют три дефицитарные сферы: 1. коммуникация. 2. социализация. 3. воображение.

История изучения Р.Д.А. Лео Каннер впервые описал в 1943 году, через год Аспергер – сходные сведения. Аутизм вызывает много интересов и споров, концепций этиологии и патогенеза. Представители школы психоанализа Беттельхайм: аутизм развивается в результате подавления ребенком его спонтанной эмоциональной активности холодными и безразличными и доминантными родителями ( матерью). Ранний психический стресс и специфическая патология родительско - детских отношений приводит к патологическому развитию личности. В качестве основного дефекта рассматриваются трудности формирования устойчивой картины мира, которая в норме является результатом когнитивного и эмоционального развития. Характерный уход в себя результат ранней психогенной травмы. Мать подсознательно игнорирует и отвергает ребенка, и ребенок уходит в себя. Этиология и патогенез аутизма: результат фиксации патологии симбиотической связи между матерью и ребенком. Симбиотическая связь изолирует ребенка от внешнего мира и препятствует формированию адекватных представлений о мире.

Аутизм формируется в младенческом возрасте, стресс рождения и необходимость привыкания к тембру и голосу матери, привычкам и режиму, ребенок застревает на стадии новорожденного и не развивается. Мать должна помочь ребенку в адаптации, понять младенца трудно так вначале внешняя активность не дифференцирована, дифференциация плача происходит постепенно, в результате чуткого реагирования матери, формируется постепенно. Специфика реакции матери формируется в процессе наблюдения и взаимодействия с матерью. В норме у ребенка проявляется убеждение , что его активность может повлиять на мир, его изменить. Важный этап в развитии ребенка понимание ,что проявление его активности приводит к ответу взрослого. Отсутствие реагирования на ребенка, приводит к ощущению , что ребенок не может изменить ничего проявляя внешнюю активность, то ребенок прекращает попытки влияния на среду, развивается защита от внешнего мира, самозабота. Иначе возникает столкновение с угрозой гибели. Ребенок аутист живет в мире наполненным ужасами, возникает ощущение собственного бессилия. Состояние в котором аутист вынужден находится имманентно и ярости из- за паники. Даже перестановка предмета мебели вызывает реакцию злости. В поведении развиваются защитные ритуалы. Аутизм можно рассматривать с позиции нежелания родителей иметь ребенка.

Вклад в изучение аутизма внес системный подход ( биология и кибернетика)Грегори Бейта. Антропологическое исследование природы шизофрении. Выявило феномен двойной связи. Обнаружен в семьях больных шизофренией. Человек по разным информационным каналам одновременно получает взаимо- противоположные сообщения и не может проверить на какое сообщение следует отвечать. Так как бы он не ответил он будет не прав, так будет вынужден игнорировать одну часть. Постоянная не конгруэнтность матери создает не возможность выбора и лучший выход перестать воспринимать источник информации, чтобы сохранить себя. Этим механизмом объясняется формирование и аутизма и шизофрении. Примером такого общения может быть подзывание ребенка с речью сквозь зубы – а ну-ка подойди сюда: явно звучит угроза наказания, в тоже время мать рассматривается как объект обеспечивающий защиту. Этот подход подразумевает психогенную природу возникновения заболевания. Феномен шизоидной матери, однако исследования показали , что не все матери детей с Р.Д.А. проявляют такие черты, а наоборот матери излишне эмоциональны. Ребенок не справляется с интенсивностью эмоциональных переживаний матери, определяется органическими дефектами. Феномен эмоциональной связи в стилистике двойной связи используется людьми в повседневной жизни , но не у всех приводит к развитию аутизма. Биологические предпосылки формирования аутизма изучаются множеством других подходов.

Подходы к природе аутизма –

1. психофизиологический подход, заболевание как следствие нарушения определенных психофизиологических механизмов. Мнухин С.С. – при аутизме имеется первичное снижение витального тонуса.
2. Римланд – нарушение уровня бодрствования.
3. Орниц, Бендер первичная патология вестибулярного аппарата, нарушение константности восприятия.
4. клинический подход : слабость я, нарушение сознания и активности –Лудтц; Аспергер – врожденная инстинктивная недостаточность; Шесс – врожденная тревожность; Кревелин – недостаточность интуиции, не способность понимания переживаний других людей.
5. нейропсихологические гипотезы: аутизм связывают с нарушением корковых функций преимущественно левого полушария – речевых зон. Аутизм связывают с гипоактивностью правого полушария, переработки образной и символической информации, оторванность от реальности , без опоры на реальные впечатления, изолированностьсимволов. Не одна из концепций не является общепризнанной и не может объяснить весь спектр нарушений при аутизме, акцент делается на аффективных расстройствах. Выделено две группы рассстройств при Р.Д.А. 1. причина проявлений аутизма лежит в эмоциональных нарушениях. 2. аффективные нарушения производны от специфических когнитивных нарушений.

Наибольшее предпочтение последователей отдается концепции Лебидинского- Баянской, Никольской и Либлинг. Биологическая недостаточность создает особые условия к которым вынужден приспосабливаться ребенок с аутизмом. Его развитие находиться под влиянием двух патогенных факторов: 1. нарушение возможжности активного взаимодействия со средой, проявляется в снижении жизненного тонуса. 2. снижение порога аффективного дискомфорта в контактах с миром- гиперстезия и болезненная ранимость в контактах, что провоцирует усиление защитного поведения ребенка. Аутизм рассматривается как защитный компенсаторный механизм, позволяющий ребенку выжить во враждебном мире. Ранние эмоциональные нарушения определяют расстройство других высших психических функций: мышления, речи, моторики. Во второй группе концепций ( Фриц ,Лесли, Барон Кохем) нарушение когнитивной сферы отмечается повреждением фундаментальной способности понимать намерения других людей. Все дети в норме начинают сознавать , что и у других людей существую желания, намерения и они определяют поведение. У детей с аутизмом этой способности нет, приводит к нарушению развития воображения, формирования социальных навыков.

Динамика развития аутиста: позднее становление диагноза после трех лет, информацию анамнестических данных собирается у близких. В возрасте до 1,5 лет выявляется слабость психического тонуса, проявляется в общей вялости, недостаточности инстинктивной сферы, снижении аппетита, слабо выраженном инстинкте самосохранения, почти не реагируют на дискомфорт. Навыки ходьбы долго остаются не уверенными, страдает развитие целенаправленных действий, обилие стереотипных действий, ритмических разрядов импульсивных действий. Не научившись ходить могут импульсивно броситься бежать. Нарушения в моторной сфере рано выступают, возникают сложности диагностирования от олигофрении и Д.Ц.П. развитие речи в норме отмечается в возрасте года – использование вокализации до речевого прелингвистического развития. Включает пять стадий: до 1 месяца отмечается не дифференцированный плач, тотальный ответ на любой не благоприятный стимул. 2 этап от 1 до 5-6 месяцев – стадия дифференциации плача, 3 стадия с 6- 7 месяцев гуление( с 3) , ребенок внимательно слушает звуки речи, активно продуцирует звуки. 4 стадия от 6 до 12 месяцев лепет, активное повторение звуков, слов. 5 стадия 9 – 12 месяцев эхолалии, ребенок повторяет звуки которые слышит от находящегося рядом. Нарушение речевого развития у аутиста проявляется и на прелигвистическом этапе, плач долго остается не дифференцированным, трудно интерпретируемым, гуление ограничено или не обычно – напоминает крик, визг. Имитация звуков отсутствует , нет лепета. Речеве расстройства сильно заметны в возрасте после 3 лет. Некоторые дети остаются аутичны на всю оставшуюся жизнь. Развивающаяся речь остается аномальной, нет коммуникативной функции, автономна – не конструируются самостоятельные фразы, а воспроизводятся раннее услышанные. Речь зацикливается в своем развитии и теряет связь с другими функциями. Страдает не только активная речь, но и пассивная. Здоровые дети любят слушать доступные ему рассказы. Ребенку с аутизмом все равно, что слушать – бытовые шумы, музыку. Не формируется препочтительное отношение к звукам человеческой речи. У детей с Р.Д.А. даже с хорошим уровнем развития речи затрудено понимание речи: связанно с тем, что не улавливают подтекст, не понимают скрытый смысл, метафоры. Наблюдаются ранние специфические особенности формирования личности. Дефект формирования не вербальной коммуникации виден с раннего возраста. Как правило у здоровых младенцев жестикуляция , мимика и вокализация, направление взгляда составляют единый комплекс. Уже в возрасте 9-12 недель движения рук связанны с другими поведенческими паттернами ( указательный жест не сознателен). Контакт между ребенком с Р.Д.А. и матерью нарушен, сложный комплекс не вербального поведения не формируется. Особенности восприятия, гиперстезия наблюдается на самых ранних этапах развития. Вначале возникает чрезмерная ориентировочная реакция на свет, звук – возникает состояние возбужденности. Затем быстро возникает фаза истощения, и привлечь внимание ребенка становиться не возможно.

Уже в раннем возрасте наблюдаются отсутствие некоторых врожденных механизмов, поведенческих актов характерных для большинства здоровых младенцев. Ребенок не может выделить определенные параметры среды и отреагировать на них соответствующим образом. Чем старше ребенок тем заметнее явления аутизма, к 3 годам становятся очевидны. Возникают стереотипные двигательные разряды, появляются стереотипные аутистические игры. Игровая деятельность надолго задерживается на стадии манипуляции с предметом, ребенок фиксируется на отдельных не функциональных частях игрушек, использование вещей не предназначенных для игр. Формирование сюжетных и ролевых игр носит аутистический характер: сюжет игры и ход полностью определяются ребенком, не может играть по предложенным правилам. Коллективная игра не доступна, не терпимость физической близости, нетерпимость нарушения психологического пространства. В возрасте 5 лет могут быть обучены навыкам самообслуживания. В дошкольном возрасте наиболее ярко вырастают противоречия и разнообразные варианты аутизма, страхи окружающей действительности, с проявлением сильной агрессивности и озлобленности, избирательны в еде, тянут в рот все что попалось на глаза. Наиболее заметны нарушения в речи, могут возникать периоды мутизма. Поведение характеризуется повышением количества реакций негативизма и протеста, отказа от уже имеющихся навыков. Характерна дефицитарность, изоляция функций, парциальность и асинхрония развития.

Классификация аутизма: 1. когнитивный. 2. органический.

Никоьская: критерий степень тяжести, выделено четыре группы комплекса описательных характеристик.

Клиническая классификация основана на анализе нарастания общемозговой симптоматики. 1. дети катотоники, речи нет совсем, вокализация сводиться к отдельным звукам и сочетаниям. Нет контакта. Поведение представляет бесцельную ходьбу и стереотипию движений. Интеллектульное развитие на уровне тяжелой олигофрении. 2. легкая степень катотонии, способны избирательно использовать слова, формируется избирательная привязанность. Поведение сводиться к стереотипным действиям. 3. психопатоподобная сиптоматика – развитие речи с аутистическими особенностями, отмечается патология влечений, высокий уровень агрессивности, фантазии. 4. неврозоподобная симптоматика – повышенная ранимость, не уверенность в себе, страхи, сильная симбиотическая связь с матерью.

Клинико-психологическая структура дефекта Р.Д.А. - основные дефекты мешающие развитию аутиста ; дефицит психической активности, нарушение инстинктивно- аффективной сферы, нарушение сенсорики, двигательные нарушения, нарушение речи, недостаточность регуляторных систем. Поражение базального( подкорковая) уровня полирегуляции, обеспечивающих тоническую основу функций – уровень бодрствования. Психическая активность и побуждение к деятельности. Все варианты Р.Д.А. связанны с дефицитом психической активности. В норме психическая активность разворачивается так - при действии стимула происходит мобилизация и поддержание активности, при аутизме быстро наступает истощение. При Р.Д.А. полностью редуцированы фазы реакции на стимул – всплеск активности -короткая фаза и наступает истощение. Резкий стимул ведет к перевозбуждению и истощению из-за недостаточности тонуса. В любой психической активности отсутствует приспособительная мобилизации, а сразу наступает истощение. Как следствие нарушается концентрация внимания, быстрая истощаемость. Дефицит психической активности проявляется в слабости моторного тонуса. Нарушение витального аффекта – любое переживание объекта сопровождается чувством неприязни. Аутостимуляция помогают( яктация: раскачивание ,прыжки, кружение, похлопывание, речевые стереотипы) ребенку повысить психический тонус и избирательно стимулировать положительные эмоции. При многократном повторении движении получает удовольствие. Тяга к огню и воде. Отрицательная эмоциональная домината – мир враждебен, провоцирует тревогу и страхи. Анализаторные нарушения корковой локализации тесно связанны с подкорковой патологией, двигательные нарушения при некоторых формах Р.Д.А. похожи на эфферентную моторную апраксию: движения не ловки, не уклюжи , толчкообразные – связанны с дефектом моторики и с нарушением программы движения. Нарушение временно- пространственной развертки операции, связь апраксических и гностических расстройств. Нарушения речи возникают не только в силу отсутствия потребности речевого общения и в трудностях речевого праксиса.

Первичные дефекты: в процессе аномального онтогенеза формируются вторичные нарушения, основным ведущим нарушением будет аутизм, комплекс внешних поведенческих характеристик. Первичный дефект создает неполноценность, и ребенок вынужден к ней приспосабливаться, стабилизировать среду своего существования, то есть аутизм это защитный компенсаторный механизм позволяющий защититься от среды. Вторично страдают социально детерминированные стороны психики: навыки опрятности, самообслуживания, трудности формирования игры. Страдают процессы восприятия формирующиеся в процессе предметной деятельности – планомерное исследование объекта, выделение признаков ( искажено или не сформировано) . Не смотря на взросление в восприятии доминирует аффективный компонент. Критерий дифференциации изображений приятность – не приятность, что влияет на развитие речи. Проведение экспериментального исследования развития мышления и речи при Р.Д.А.: своевременно не складываются межцентральные взаимодействия – отдельные психические процессы развиваются в условиях изоляции. Формируется диспропорция интеллектуального развития, когда значительные достижения в одних сферах сочетаются с недоразвитием других. Патологические особенности развития при Р.Д.А. связаны с отдельными нарушениями психического тонуса, аффективной сферы, восприятия, моторики, речи, регуляторных систем, с затруднением социальной адаптации, асинхронией развития в целом – искажение нормального взаимодействия функций.

ЛЕКЦИЯ №12

Тема: КОРРЕКЦИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНОМАЛЬНОМ РАЗВИТИИ.

**Цель**: Рассмотреть применения коррекции и психологической помощи при аномальном развитии

**Вопросы по теме:**

1. Сфера деятельности клинического психолога
2. Исторически обзор проблемы
3. Группы консультирование детей аномального развития

**Краткое содержание:**

Наиболее востребованная сфера деятельности клинического психолога определяется факторами:

1. рост количества психологических трудностей развития детей, часто встречается возрастная симптоматика связанная с психологическими трудностями в результате несоответствия социально культурных нормативов: школьная не успеваемость, дисадаптация, эмоционально- поведенческие нарушения.
2. рост физических отклонений и в психической и соматической сферах.

Статистика свидетельствует о том , что к 11 классу не более 10% детей практически здоровы, остальные имеют врожденную либо приобретенную в процессе развития патологию.

1. фактор роста психической травматизации детей – стиль жизни, ритм жизни, поток информации оказывают негативное влияние на развитие.
2. проблемы по поводу которых обращаются за помощью, сложность нарушений постепенно нарастает, требуются комплексные меры – работа с семьей психотерапевтов и врачей – педиатров, невропатологов и психиатров, гастроэнтерологов, пульмонологов, кардиологов и педагогов, социальных работников, дефектологов, логопедов.
3. Консультирование семьи с нормальным ребенком отлично от консультирования семьи с аномальным ребенком. В подавляющем большинстве случаев консультирование семьи с аномальным ребенком носит не добровольный характер, направляется другим специалистом обнаружившим отклонения в развитии. Вначале у семьи нет оптимального сотрудничества с консультантом. В семье есть тревога и страх, который не осознается родителями, семья оказывается эмоционально не готова к консультированию, не готовы принять информацию сообщаемую консультантом, и пытаются скрывать информацию о особенностях поведения и особенностях жизни для смягчения диагноза. У родителей как правило ярко выраженная тенденция прерывания контакта с консультантом, происходит поиск другого специалиста чтобы поставленный диагноз был менее страшным, синдром хождения по кругу врачей, потеря сил и средств и времени. Необходима психокоррекционное воздействие на родителей.

Исторический обзор проблемы:

Бине – Симон – социальная адаптация детей не прошедших в нормативную возрастную группу заключается в том, что необходимо привить им необходимый минимум знаний и навыков необходимый для поддержания самостоятельного существования; работа с эмоциональными нарушениями, нарушением межличностного общения, коррекция трудностей семейного воспитания. Вклад психоанализа в консультирование – М. Кляйн, к. Хорни, Д. Винниконт – специфика психоаналитической работы с детьми и их родителями состоит в выражении реакции переноса на аналитика, это может быть использовано в лечебных целях. Если у ребенка образ матери расщеплен на психоаналитика проецируется образ плохой матери, при помощи невербальной коммуникации ребенку показывают неадекватность восприятия. Так как до 11 –12 лет уровень вербализации низок и не сформировано логическое мышление. При детском психоанализе высока роль невербальной коммуникации, невербальные характеристики голоса, интонация, тембр, темп речи, моторика, мимика, визуальный контакт. Материалом анализа могут быть не сновидения , а игры, продукты творчества. Психоаналитическая помощь помогает ребенку помогает смоделировать безопасные объектные отношения в терапевтическом пространстве. Симптоматика исчезает после 1- 2 месяца после начала анализа, что может послужить сигналом родителям к прекращению терапии, прекращению работы может привести к возобновлению симптоматики и добавлению новой, так как глубинные причины симптоматики еще не устранены. У родителей может возникать чувство ревности к аналитику, так как он поддерживает ребенка эмоционально, и явно заметно предпочтение ребенка в общении с аналитиком. Психоаналитики пришли к выводу, что в детском психоанализе обязательно участие родителей.

Концепция детского развития разработанная Винниконтом: изучение наиболее ранних этапов развития ребенка, книга маленькие дети и их матери, описано как поведение матери влияет на развитие ребенка, разговор о понятии достаточно хорошей матери. Для ребенка одинаков плохо иметь и очень хорошую и плохую мать.

Шутц – трехмерная теория интерперсонального поведения: каждый индивид имеет три межличностные потребности: во включении, принадлежности к группе, потребность в контроле, потребность в любви. Нарушение одной из потребностей ведет к психопатии.

А. Адлер – исследование взаимодействия матери и ребенка, социальной направленности взаимодействия. Открыл в Вене психологическое консультирование, детей и родителей, детей и педагогов. Рекомендации в воспитании умственной и психической полноценности ребенка. Необходимо завоевать любовь ребенка, воспитательные усилия бессмысленны если ребенок не любит и боится воспитателя – воспитание основанное на страхе не эффективно. Поддержание у ребенка уверенности в собственных силах. Похвала предпочтительнее наказания. Наказание должно быть как информирование ребенка, концентрация внимания ребенка на правильных способах поведения в ситуации, и о последствиях не желательного поведения. Вместо требований слепого подчинения ребенку необходимо давать свободу принятия решений. Воспитание должно базироваться на двух фундаментальных принципах – отказ от борьбы за власть и учет потребностей ребенка. Уважение уникальности индивидуальности ребенка, его личностный рост. Винниконт указывает , что идеальный родитель может тормозить развитие ребенка. Идеи психоанализа развиты Миллером и Доллардом. Детство рассматривается как период преходящего невроза, возрастная болезнь. Ребенок дезориентирован, обманут, расторможен и неспособен к высшим процессам. Счастливое детство миф. Задача взрослого социализировать детей, подготовить к жизни в обществе. Решающую роль матери в ранних детских конфликтах связывают с четырьмя ситуациями: кормление, приучение к туалету, сексуальная идентификация, проявление агрессивности у ребенка. Эти ранние конфликты не вербализованы поэтому не осознанны. До того что не осознается можно осознать при помощи психоаналитических техник. Задача семейного психоаналитика в установлении семейного демократического стиля воспитания. В С.Ш.А. последователь Адлера Дрейкус организовал дисскусионные группы для родителей, развивал идею семейного совета как средство для установления в доме атмосферы любви и совета. Негативное поведение ребенка может преследовать несколько целей. 1. требование внимания и комфорта. Преднамеренное совершение плохих поступков, чтобы привлечь внимание. 2. целью может быть демонстративное неповиновение или демонстрация своей власти. 3. месть за плохое обхождение. 4. утверждение собственной неполноценности и непостоянности.

Дрейкус – работал с родителями направляя на освоение множества способов взаимодействия с ребенком , строя отношения на принципах равной ценности и взаимоуважения. В 50хгг. В С.Ш.А. Джайнотт – предложил модель группового психологического консультирования, основанную на концепции гуманизации воспитания на основе развития эмоциональной сферы самих родителей, чтобы родители смогли осознать собственные ценности, чувства и ожидания. В 60х гг. Дэвис ввел понятие реабилитация для семей с аномальным ребенком. Цель – освобождение родителей от психологического стресса, обеспечение их эмоциональной стабильности.

В России работы Выготского и Щелованова связаны с развитием педологии , разбирающей задачи консультирования детского развития. Выготский заложил основы и теоретический фундамент концепции детского возраста – онтогенетическая теория и концепция возраста. Разработал схему психологического обследования, основу психологической диагностики. Ввел понятие психологического диагноза и его прогноза.

Книги: 1. диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. 1931г.

2.проблемы возраста . 1932г.

Бурменская , Лидерс – задачи консультирования семей с аномальными детьми: 1.контроль хода психического развития. 2.консультирование носит вспомогательную задачу – ориентация взрослых в возрастных и индивидуальных особенностях психического развития ребенка.3. выявление детей с отклонениями в развитии и предупреждение вторичных психологических осложнений при аномальном развитии. 4. рекомендации по коррекции аномального развития, по воспитанию ребенка в семье. 5. коррекционная работа индивидуально и в группах с детьми и родителями.

Проводится не только первичная диагностика, но и установление контакта для возможности оказания конкретной помощи. Сообщение родителям о наличии отклонений в развитии ребенка, обсуждение прогноза развития ребенка, новообразования, структура . Психологическое консультирование должно облегчить вступление семье в новую фазу существования, не только выдать информацию, но и обеспечить ее принятие родителями. Основу эффективной работы составляет психологическая готовность родителей воспринимать информацию.

Задачи группы консультирования семей с детьми с аномальным развитием:

1. создание психологических условий для адекватного восприятия родителями ситуации связанной с отклонениями в развитии ребенка, формировании готовности к длительной работе по развитию ребенка, коррекции воспитательной работы.
2. освобождение родителей от чувства вины и стыда, преодоление стрессового состояния семьи, депрессии, создание и поддержание по возможности нормального климата в семье.

Динамика эмоционального развития родителей в процессе консультационного процесса:

Эмоциональное состояние проходит 4 фазы.

1. растерянность, иногда страх. Кратковременно длительностью от нескольких минут до часов, если затягивается ведет к значительному снижению самооценки у родителей. Ведущее переживание – чувство вины и собственной неполноценности. Фаза начинается когда родителям сообщают о заболевании ребенка. Консультирование на этом этапе не эффективно, так как родители не в состоянии воспринимать информацию и идти на контакт. Задача психолога ожидание следующей фазы.
2. фаза негативизма, отрицания диагноза. Задача консультирования сохранение стабильности и чувства надежды. Поведение родителей вариативно. Крайняя форма отказ от обследования и лечения, хождение по кругу врачей. Формальное сопровождается оптимизмом и ведет к формированию семейных мифов ( о заболевании).
3. депрессивное состояние – синдром хронической печали, как результат постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка; и хронической фрустрации из-за относительного отсутствия положительной динамики в состоянии ребенка. Семья остается на уровне семьи с младенцем.
4. начало социальной адаптации – знаменуется повторным обращением к специалисту поставившему диагноз. Часть семей проходит этот путь самостоятельно , часть при помощи медиков и психологов, часть не доходит застревая на 1-2-3 этапах. Длительность фаз варьируется от нескольких минут до нескольких лет. Отмечается сходство с реакцией острого горя.

Длительность фаз зависит о множества факторов:

Возраст родителей и ребенка, тяжесть поражения, наличие внешне физических дефектов, прогноз дальнейшего развития, вид консультирования, квалифицированность и адекватность работы с семьей. Максимальная эффективность консультирования направлена на оценку всей жизнедеятельности семьи в концепции периодизации жизненного цикла.

Основы консультирования опираются на этапы семьи, кризисы. Сравнение степени тяжести нарушения и оценка кризиса, может быть неадекватная реакция на не значительный дефект и привести к разрушению семьи. Кризис , а не болезнь ложатся в основу разрушения семьи – последняя капля. Предразводная ситуация до болезни ребенка может быть причиной разрыва отношений.

Кризисы семьи:

1. Образование семьи, совместное проживание на территории родителей, раннее рождение первого ребенка. Установление конвенций приводит к тому что распад семей на первом году существования имеет большой процент.
2. рождение второго и последующих детей, проходит в более мягкой форме.
3. поступление детей в школу – семья впервые предъявляет свое детище социуму, жесткая оценка, вилка требований социума и семьи в нормах поведения, выбор ценностей, предпочтения, перераспределение обязанностей – кто забирает , кто отводит.
4. кризис пубертата детей – оба поколения семьи в кризисе. Пубертат направлен на изменение, преобразование и разрушение, а зрелость на сохранение и стабильность.
5. уход взрослых детей из семьи, члены семьи не готовы остаться тет-а тет, многие семьи сознательно ждут этого периода, для того, чтобы расстаться.
6. смерть одного из супругов.

В момент кризиса семья нестабильна, и возникновение заболевания у ребенка может быть психологически обусловлено ситуацией семьи. То есть заболевание может быть и причиной и следствием распада семьи. Успешность преодоления кризиса семьи зависит от социальной адаптации родителей до возникновения проблем с ребенком. При высоком уровне психологической адаптации вырабатываются защитные механизмы семьи., которые помогают семье успешнее ориентироваться в вопросах обучения и воспитания ребенка, эмоциональной поддержки членами семьи. Если низкий уровень психологической адаптации, то наличие аномального ребенка в семье может спровоцировать личностную декомпенсацию, что требует психотерапевтических мероприятий. Эффективность психокоррекционного консультирования определяется готовностью родителей к работе; при ее отсутствии работа направлена на ее формирование.

Этапы консультационного процесса – Семаго:

1. подготовка к консультации, первый контакт с родителями имеет важное значение, так как родители испытывают амбивалентность чувств. Родители знают и не знают о болезни своего ребенка. Дети и родители нуждаются в эмоциональной поддержке. Телефонный контакт должен быть личным, сообщаются какая информация и документы должны быть предоставлены, амбулаторная карта, выписки из стационара, продукты творчества и учебной деятельности – дневник, тетради. Сбор предварительной информации о составе семьи. Можно предложить родителям задать вопросы интересующие их, но не отвечать на них по телефону ( то есть вопросы которые хотелось бы обсудить в ходе консультирования). Объяснение родителям, что представляет консультирование, чтобы не было не оправданных ожиданий. Четкая инструкция семьи как добраться, представиться. На основании предварительной информации можно предполагать о виде дисонтогенеза, и планировать направление интересующей информации.
2. Обмен информации между семьей и консультантом, хороший эмоциональный контакт, атмосфера доверия, уважения, понимания и позитивного отношения. В процессе второго этапа проходят три фазы коммуникации:1) выявление уровня понимания родителями характера трудностей ребенка и уровня адаптации семьи. 2) внесение ясности в факты, прояснение истории семейной жизни и развития ребенка, развивается диалог между родителями и консультантом. Пояснение родителям зачем нужна информация. 3)информирование семьи консультантом и проверка осознания этой информации у семьи. Переходить к 3 фазе можно, если родители понимают позицию консультанта и уверены в позитивном отношении к ним. Доверие родителей к консультанту фактор успеха – обратная связь, наблюдение за вербальными и невербальными реакциями семьи на свои действия и слова. Учитывается на какой фазе динамики эмоционального состояния находится семья, разумно если семья находится на 3 или 4 фазе.
3. этап консультационного процесса: диагностическое исследование и психологическое обследование актуального психического развития –познавательные процессы, личность.
4. этап принятия решений – основной этап, адекватность решений влияет на весь ход развития ребенка. Родители должны осознать что принимаемое решение влияет на их жизнь, ознакомление с возможными трудностями, осложнениями возникающими по ходу реализации программы, чтобы не возникала анозогнозия.

Консультационный процесс может проходить не в течении одной встречи, а растянут на несколько встреч.

Цели : 1. подробное обсуждение обще психического развития ребенка. 2. совместная разработка коррекционных мер, программы. 3. обсуждение проблем родителей и их отношение к трудностям ребенка. 4. планирование следующих встреч при необходимости.

Проведение беседы более эффективно при встрече с двумя родителями, даже в ситуации развода и при раздельном проживании, так как необходимо объединение усилий в помощи ребенку и согласованность действий. Убедить родителей что ребенок остается ребенком и потребности его остаются теми же что и у нормальных детей, во избежании гиперопеки и гипопеки. Чтобы семья помогала удовлетворять возрастно- специфические потребности ребенка. По окончанию дается заключение, так же рекомендуется родителям вести записи по ходу беседы, рекомендации, возможен контроль этих записей консультантом.

Схема семейного приема предложенная А.И. Захаровым:

I.этап

1. при предварительной записи извещение родителей о необходимости Не стоит запрашивать характеристику из школы и детского сада, во избежании привлечения внимания к ребенку, достаточно тетрадей и дневника.
2. беседа с родителями – ребенок в момент проведения беседы играет в соседней комнате, родители излагают свои жалобы, историю их возникновения.
3. Заполнить стандартизированные опросники об особенностях развития ребенка.

II.этап

1. беседа наедине с ребенком, выясняется как ребенок относиться к своему состоянию, насколько критичен. Выясняются представления о семье и взаимоотношениях, взаимоотношения со сверстниками и педагогами.
2. диагностическая беседа с родителями по отдельности, выявление личных проблем.
3. заключительная беседа с родителями без ребенка, подводятся итоги, формулируется предварительный диагноз, анализируются источники проблемы и пути преодоления.

При более серьезных проблемах исследование проводится глубже с использованием методик. Достаточно 4 – 5 встреч для купирования невротического состояния у ребенка.

Работа с родителями в консультационной практике:

Позитивное отношение, доверительные отношения , нельзя дискредитировать родителей. Обсуждение вопросов возможно только в психотерапии на среднем этапе, когда есть полное доверие в необходимости помощи. Четкое простраивание границ контакта, очерчивание ожиданий родителей , а не выполнение их требований, предупреждение о трудностях, чтобы не формировать неоправданных ожиданий. Поддержка родителей , чувство вины, стыда, принятие на себя ответственности за негативные влияния. Вина включает когнитивные и аффективные компоненты. Семаго предлагает начинать работу с чувством вины ( техники). Использование авторитета консультанта , родители не виноваты в том, что ребенок родился больным. Нормализация – донести до родителей информацию , что любой человек в этой ситуации испытывает тоже самое, это необходимо для снижения социальной и психологической изоляции родителей. Создание новой когнитивной основы имеющей менее стрессовое значение: вы являетесь очень ответственным человеком, но это не означает что вы виноваты … Ограничение ответственности – вы ответственны за а, но не ответственны за б.

Техники работы с чувством стыда. 1. развитие сотрудничества на благо ребенка без осуждения. 2. актуализация чувства стыда и работа с ним здесь и сейчас ( гештальт терапия). 3. акцентирование положительного опыта семьи для повышения самооценки и самоуважения – стимулирует к поиску новых средств и решений.

Родительские группы для развития имеющих детей с проблемами развития.

Включение родителей в состав группы возможно при условии эмоционального принятия ребенка. Если ребенок бессознательно, сознательно отвергается то этот родитель будет вносить диссонанс в группу, необходима индивидуальная работа. Цель родительской группы – улучшение детско-родительских отношений; в работе группы участвуют родители имеющие определенные проблемы в отношениях со своими детьми, родители не понимающие потребностей ребенка, возрастного развития ребенка, динамики отношений. Группы для родителей имеющих детей с аномальным развитием – эффективное средство против двух психологических нарушений – у этих детей и вообще в семьях.

Существуют несколько форм родительских групп.

1. консультирование по частным проблемам воспитания. Работа группы строится на обсуждении для членов группы конфликтных ситуаций и связанные с детьми. В ходе обсуждения вырабатывается некие поведенческие модели, родители обучаются как вести себя правильно в конфликтной ситуации, глубокий анализ причин конфликтных ситуаций.
2. родительский тренинг, способствует повышению сензитивности родителей к чувствам и переживаниям своих детей. Родители учатся понимать скрытый смысл поведения своих детей, удается выявить причины неадекватного отношения к детям. Причинами могут быть усвоенные стереотипы воспитания , субкультурные нормы, ошибочные нормы.

Общие принципы организации родительских групп: сформулированы Славсоном

Первичный кодекс группы: 1. предмет дискуссии это дети и способы их взаимодействия с родителями. 2. Все члены группы имеют право на свободное участие в дискуссии. 3. Ведущие не являются абсолютным авторитетом и единственным источником информации. Участники группы могут не соглашаться с мнением ведущего и высказывать противоположные точки зрения. По ходу работы фокус перемещается с перспектив ребенка, через проблемы родительско-детских отношений к проблемам самих родителей. Существует еще одна форма родительских групп.

1. Психотерапевтические группы для решения психологических проблем смих родителей.

В истории психотерапии примеры и модели родительских групп предложенны программой Дрейкуса, Томаса- Гордона – тренинги эффективного родителя. Работа группы основана на гуманистической психологии. В процессе работы родители усваивают три основных навыка: активно слушать и слышать ребенка, выражать собственные мысли и чувства доступно для понимания ребенка, исполнение принципа оба правы при решении конфликтных ситуаций.

Ждайнотт : считал, что в процессе родительского тренинга должны быть сформированы навыки эмпатического общения и конгруэнтной коммуникации, основанной на трех принципах: 1. во всех ситуациях родитель должен стремиться поддержать в ребенке ростки позитивного. 2. не ронять его собственного достоинства, усиливать позитивный образ у ребенка. Обсуждаются только поступки, а не характер, не личность ребенка. Высказывания взрослого не должны нести диагноза и прогноза судьбы ребенка. Похвала и порицание в виде развернутого описания усилий, действий и результата. Представление ребенку возможности самому сделать заключение и выводы по- поводу ситуации. 3. Взрослый всегда является инициатором предложения кооперации. При выполнении всех условий родители постепенно научаются психотерапевтическому подходу к ребенку. Работа группы родителей строится следующим образом: - опрос, что чувствует ребенок в какой-то конкретной ситуации и отразить собственные эмоциональные переживания по этому поводу. Хорошим способом является разыгрывание конкретной проблемной ситуации ( один из родителей выступает в роли ребенка) – становиться понятно, что не так. Работа с родителями ведется в рамках поведенческого подхода – учебно-теоретическая модель работы с родителями. Цель: привить родителям, через них детям социальные навыки поведения. Социальные навыки рассматриваются как сформированное и закрепленное поведение, с помощью которого индивид может осуществлять целенаправленные действия в различных ситуациях, взаимодействия с социальной средой. Задача группы родителей: 1. формирование навыка социального наблюдения, диагностика. 2. обучение теоретическим принципам и их практическому применению в воспитании детей, задача усвоения и применение теорий, обучение разработки, определенным оценочным программам для изменения поведения ребенка. В ходе работы группы ведущий вместе со всеми разрабатывает систему позитивного подкрепления и негативных санкций. Интегрирование техник разработанных в моделях, обучение родителей механизмам игровой терапии с детьми. (книги Крафт и Леонгард – родители как психотерапевты, основы консультирования и коррекции). Объединяли несколько мам в игровой терапии, разъясняли принципы и методы проведения игровых занятий с детьми. Начиная с третьего и четвертого занятия мамы начинают сами проводить занятия и рассказывать как провели дома; обсуждается опыт, ведущий разъясняет сложности, интерпретирует и мягко направляет в работе мам у которых становятся очевидны собственные психологические трудности. Эффективный способ работы приводит к улучшению отношений матери и ребенка, приводит к редуцированию негативной симптоматики.

ЛЕКЦИЯ № 13

ТЕМА: СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ДИСОНТОГЕНЕЗА.

Цель: Изучить специфику психологической коррекции при различных вариантах дизонтогенеза

Вопросы по теме:

1. Специфика коррекции ЗПР
2. Коррекция дефицитарного развития
3. Коррекции РДА

Краткое содержание :

Формы психологической коррекции могут быть направлены на познавательную сферу, аффективной или личностной, отношений. При разных аномалиях развития в разном процентном отношении проводится коррекция этих сфер.

Психическое недоразвитие- жизнь в семье важнейший фактор возможностей коррекции, на первый план выступает коррекция познавательной сферы, с учетом динамики развития, наличие предела развития. Успеть сформировать необходимые навыки и знания до достижения момента постоянного обучения. Конечная цель психологической коррекции при любом варианте аномального развития это социальная адаптация. Проще достигнуть путем интеллектуального развития. Успешность коррекции характеризуется возможностью использования привитых навыков. Эмоционально – личностная коррекция не играет особенной роли, так как личность остается в недоразвитом состоянии. Коррекция личности направлена на волевой компонент, важно научить адекватно и безопасно выражать свои чувства. Так олигофрен не обладает волей, не в состоянии отвечать за свои поступки и не может регулировать свой аффект, необходимо сформировать поведенческие навыки касающиеся аффекта который не причинит вреда ему самому и окружающим. Наиболее эффективна работа методами поведенческой терапии; позитивное подкрепляется, к негативному применяются санкции. При нахождении в семье – необходима коррекция межличностных внутрисемейных отношений. По уровню интеллектуального и личностного развития олигофрен остается на этапе маленького ребенка, а физическое развитие продолжается. У родителей могут возникать проблемы, при общении как с маленьким отмечается стогнация в отношениях, особенно если в семье следующий ребенок рождается полноценным и младший ребенок становиться более старшим по развитию чем аномальный ребенок. Часто происходит эмоциональное отвержение, чаще не осознанное. В ходе коррекции добиваются чтобы аномальный ребенок не был козлом отпущения, на котором все члены семьи разряжают свои эмоции. Если ребенок постоянно воспринимает агрессию на себе, то усваивает агрессию как нормативность поведения. То поведение будет агрессивным и не контролируемым, так как не моральных и этических убеждений. Агрессия может проявляться как все разрушающая. Когда наступает период подросткового возраста агрессия возрастает, при нормальном физическом развитии и силе семья не сможет осуществлять ограничение поведения, в таких случаях семья стремиться отдать в интернат, что усугубляет психологической травматизацией структуру основного дефекта.

Специфика коррекции З.П.Р. – приоритет интеллектуальной коррекции. Выделяют два основных направления :

1. организация снимания и контроля, актуализация мотивов деятельности. Средством для решения этой задачи в первую очередь является усиление речевого контроля. Вводится речевой отсчет предваряющий реализацию моторной программы или вводится проговаривание программируемого действия ( проба кулак – ребро – ладонь). Вводится отсроченное воспроизведение, требуется не импульсивный ответ, а выдерживание паузы. Включение игровой ситуации, так как эти дети не включаются в учебную деятельность, через игру формируются новообразования необходимые для учебной деятельности. Эмоциональная стимуляция, важно эмоциональное отношение – ребенок на многое готов , чтобы заслужить поощрение учителя.

2.Коррекция индивидуальных трудностей через расчленение программы на отдельные смысловые звенья. Уменьшение объема и скорости выполнения задания, через отработку речевой формулы программы с последующим ее совмещением с предметной деятельностью. Отставание функции программирования и контроля связано с недоразвитием речи, то есть возникает необходимость коррекции речевого развития – программирующей и регулирующей функции речи. Коррекционная работа психолога должна быть параллельно с работой логопеда.

Коррекция эмоционально- личностного развития при З.П.Р. направлена на ликвидацию психического инфантилизма, помощь в формировании адекватных возрасту поведенческих проявлений ребенка, навыки поведения и форма эмоционального реагирования.

Дополнительно используется нейропсихологическая коррекция, методы игровой терапии, психогимнастика, арт терапия. Важным условием эффективности работы с З.П.Р. при церебрально -органическом генезе и в сочетании с энцефалопатическими расстройствами ( проявления астении, адинамии, расторможенности) требуется медикаментозная коррекция под руководством неврологов и психотерапевтов.

1. Коррекция социальной ситуации развития – в большинстве случаев источник задержки неблагоприятная социальная ситуация, психогенный генез заболевания может быть обусловлен не правильным воспитанием. Задержка ведет к неуспеваемости в школе, при этом статус ребенка в группе в начальной школе зависит от его успешности и отношения педагога. Неуспеваемость автоматически относит ребенка в группу уатсайдеров, это усложняет социальную ситуацию развития, особенно при негативном отношении учителя к учащемуся, самооценка и уровень притязаний ребенка при этом падает. В поведении могут доминировать гиперкомпенсаторные реакции (фиксация на игре, позиция лидера во дворе). Задержка психического развития может приводить к аномальному формированию личности ребенка.

Коррекция семейной ситуации, необходимо выяснить, что не правильно делают родители, какой тип воспитания доминирует в семье. От результатов диагностики зависит выбор коррекции. Ситуация безнадзорности – беседа с родителями не всегда эффективна, создается новая среда - спортивные секции, формирование спортивных навыков и внимание развитию личности, поиск иной социальной среды. Гипер опека – коррекция типа взаимодействия ребенок- родитель, позволить ребенку вырасти до документального возраста, обращение с ребенком адекватно возрасту. Проблематика отношений родителей – скрывается конфликт родителя со своим ребенком, то , что родителю не дали дать своему ребенку. Иногда гипер опека скрывает эмоциональное отвержение ребенка, единственная возможность удержать мужа – попытка искупить свою вину . В ситуации школы объектом коррекции является педагог – формирование позитивного отношения к ребенку, хотя бы нейтральное. Ребенок неадекватно ведет себя в классе не чтобы плохо сделать учителю и не потому , что плохо воспитан, а потому что имеются медицинские проблемы. Коррекция положения в коллективе класса- проводится работа с детским коллективом, коллективная психотерапия. Помощь одноклассникам найти какие-то позитивные качества ребенка ( сказка, история) , элементы деловых игр, где этому ребенку удается блеснуть, социально-метрические техники. Организация шефства лидера группы над этим ребенком, дружба лидера с уатсайдером повышает статус аутсайдера, либо применить шевство старших. В С.С.С.Р. создавались специальные школы коррекции З.П.Р, длительность урока 35-40 минут, по 4-5 уроков в день, численность классов 10-15 человек. Все время обучения под наблюдением медиков. Продолжительность такой программы обучения дольше, однако это помогает снять истощаемость, утомляемость и расторможенность. Нормализуется неврологический статус при этом нормализуется обучение. Требуется интервал от1 до 3 лет чтобы подтянуть ребенка до нормального развития. В наиболее тяжелых случаях весь курс школьного обучения. Обязательна профориентация и трудовая деятельность. Сейчас существуют коррекционные классы, чтобы не вырывать ребенка из привычной социальной среды. Однако на сегодняшний день коррекционные классы являются мусорным ведром, там обучаются дети у которых не сложились отношения с учителем, при отсутствии диагноза. С коррекционным классом работают те же учителя. Дети не имеющие возможность вернуться в массовую школу переводятся на домашнее обучение, свободное посещение школы, при этом не получают качественного образования и коррекция не проводится. При этой тенденции общий интеллектуальный уровень общества падает, общество деградирует.

Коррекция дефицитарного развития – нарушение слуха, зрения, направлена на вторичные дефекты. При поражении слуха для формирования восприятия звуков речи используется зрительный, двигательный и тактильный анализаторы ( чтение по губам); при поражении зрения опора на слуховое восприятие и осязание. Опора на сохранные функции далеко стоящих от дефекта – обязательно стимулирование остаточных явлений нарушенного анализатора. Воздействие на дефект возможно сверху –вниз путем вербализации и интеллектуализации сенсорного опыта. У слепого ребенка активно развивают речь, речевое общение со взрослым помогает быстрее овладеть опытом. Коррекция сверху вниз возможна при нарушении слуха через активное развитие речи, может улучшить состояние слуха. Опора на те сохранные функции которые находятся в сенсетивном периоде, на этом построена коррекция Солнцевой для слепых детей. На 1 году жизни ведущий кинестетический и двигательный анализатор, на 2 году сенсетивный период речи. Важна помощь в овладении большим запасом слов, освоение предложений, формирование представлений о окружающем мире, предметные действия – на этой основе развивать мышление. Коррекция эмоционально- личностной сферы направлена на профилактику вторичных нарушений в развитии личности, риск формирования личности по дефицитарному типу. Отталкиваясь от возрастной специфики потребностей ребенка необходимо обеспечить ребенку –общение с здоровыми сверстниками, и с такими же нарушениями, коррекция семейно ситуации направлена на избежание гипер опеки. Коррекция дисонтогенеза связанного с двигательными нарушениями – важна коррекция познавательной, эмоционально- личностной сфер и социальной ситуации развития. Коррекция познавательной сферы заключается в формировании пространственных представлений, функции программирования и контроля, коррекция двигается сверху- вниз. Коррекция эмоционально-личностной сферы направлена на профилактику двух нарушений в развитии личности – склонны к формированию комплекса неполноценности, ущербности, склонны к аутизации, избегают контактов со сверстниками. Могут быть включены компенсаторные механизмы – направленные на компенсацию физического дефекта. Требуется избегание перекосов в развитии личности и помощь в адекватной оценке дефекта и его значение для дальнейшей жизни. Коррекция социальной ситуации развития в семье и вне семьи. Коррекция чувства вины и стыда родителей. Создать наиболее благоприятные условия социальных связей вне семьи, адаптация в социуме.

Поврежденное развитие – основная коррекция направлена на семью такого ребенка, особенно если деменция грубо прогрессирует. Коррекция интеллектуальной сферы сложна так как идет распад психики на фоне органической патологии. Коррекция личности так же затруднена.

Психологическая коррекция дисгармонического отногенеза – главный дефект эмоционально- волевой сферы, личностной и социальной ситуации развития. Как правило интеллект сохранен. Требуется нивелирование негативных характерологических особенностей препятствующим нормальной социальной адаптации ребенка, учат контролировать собственные эмоции. При декомпенсированной психопатии необходимо просвещение родителей о истоках поведения ребенка, коррекция родительско- детских отношений, обучение техникам, методам наиболее адекватного обращения с ребенком.

Коррекция раннего детского аутизма – Никольская О.С. Преимущественная ориентация коррекционных воздействий на собственные резервы и механизмы базальной аффективной сферы; любое психологическое воздействие влияет не только на конкретные патологические проявления и на целостность проявления. Ориентация на структуру уровней, точное определение объекта задачи работы. Ориентация на структуру определяет выбор тактики и стратегии работы, позволяет дать точный прогноз динамики состояния и поведения ребенка. Поиск места данного симптома в иерархии аффективной дезадаптации. Выявление патологической иерархии внутри системы аффективной организации. Содействие развития тонической регуляции эмоциональной системы обеспечивает приток необходимых аффективных впечатлений. Работа направлена на коррекцию эмоциональной сферы личности ребенка. В ходе работы формируются устойчивые поведенческие механизмы, обеспечивающие стабильность саморегуляции внутренних аффективных процессов и адекватно эмоционально контактировать с миром. Ведется работа по налаживанию взаимоотношения ребенка с близкими. Этапы работы при Р.Д.А.: выявление глубины аффективной дезадаптации, проведение качественной диагностики – выявить сохранные уровни регуляции для опоры при коррекции. Коррекционная работа начинается с установления аффективного контакта с ребенком. Для установления контакта имеющего свои сложности используются самые разные средства: опосредованного непрямого контакта( через игрушку), проследить внешнюю активность ребенка, следуя за ним и называя предметы до тех пор пока ребенок не поймет и будет вести опосредованную игру, специально останавливая взгляд. Параллельно идет работа направленная на повышение тонуса ребенка. Расширить сферу положительных эмоций и заблокировать отрицательные – через всевозможные манипулирования со светом, звуком, огнем, водой, песком, простые игровые действия, ритмические игры и танцы. Все это способствует позитивному эмоциональному восприятию окружающего и ведет к побуждению собственной эмоциональной активности ребенка. Выяснить какие объекты вызывают страх, тогда этих объектов не должно быть в пространстве психотерапии; при их наличии вызывать позитивные эмоции трудно. Стимуляция активности ребенка к самостоятельной деятельности – пение, танцы, для снятия двигательного возбуждения. Важное значение коррекции негативных эмоциональных переживаний ( страхов и агрессии). Наиболее эффективными средствами коррекции страхов является десенсибилизация и психодрама. Десенсибилизация метод коррекции аффективных нарушений – наиболее пугающий стимул предъявляется после релаксации, если пугают опять релаксация до полного отсутствия страха, увеличение интенсивности стимула, разъигрывание не с ребенком , а с объектом ( на куклах). Коррекция агрессии – техника игнорирования, психолог не замечает агрессивных выпадов . Включение агрессии в контекст игры, либо запрет ребенку на агрессивное поведение. Психотравматическое разворачивание агрессии до ее позитивного завершения. Коррекция межличностного взаимодействия и социальной ситуации методом холдинг-терапии Марта Веми: приласкать адекватно ситуации. Матери взять ребенка на руки и удерживать его на руках. Мама должна в максимальной степени использовать средства убеждения а не физическую силу. Желательно присутствие отца поддерживающего маму в ситуации, иногда берет ребенка к себе, для отдыха матери. Задача психолога поддержать обоих. В начале холдинг терапии ребенок бурно сопротивляется и вырывается, поначалу необходимо много усилий и говорить, что любят, что он важен, и что хотят сделать ему хорошо. Через некоторое время успокаивается и ведет себя адекватно, становиться возможным смотреть в глаза и разговаривать с сидящим рядом. С каждым следующим сеансом первая фаза сокращается а вторая удлиняется, в поведении прослеживается амбивалентность . При освоении техники родители могут проводить дома, а в центре устанавливается контроль правильности проведения. Вторая фаза длится от 15 минут до 1,5-2 часов. Хороший контакт позволяет заниматься обучением, воспитанием и развитием ребенка, создается возможность привить навыки. Возможна и интеллектуальная коррекция. Трудности в работе с детьми с Р.Д.А. связаны с формированием функции внимания, памяти, развития мышления. Убирать аутизм направлять и развивать совместно со взрослым, в деятельности ( лепка, рисунок). Длительность эффекта выше при проведении терапии не менее года. Прекращение работы может свести результаты на нет, необходимая частота -3 раза в неделю.