

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

**НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ И
ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

сборник учебно-методических материалов
специальность 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

*Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета*

Составитель: Бадалян Ю.В.

Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01. Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 22 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Бадалян Ю.В., составление

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| 1. Краткое изложение лекционного материала | 4 |
| 2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям | 19 |
| 3. Методические указания для самостоятельной работы студентов | 21 |

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Теоретические и методологические проблемы психологии дизонтогенеза. Основные направления исследований. Место и роль в системе психологии, медицины и педагогики.

Психология аномального детского развития – наука о закономерностях психического дизонтогенеза. Дизонтогенез - любое отклонение от нормального психического онтогенетического развития, используются основные методы исследования (наблюдение, эксперимент, в том числе и нейропсихологический эксперимент, патопсихологический эксперимент), вспомогательные методы исследования. Также используются разнообразные методы психокоррекции и психологической профилактики. Предмет – законы психического дизонтогенеза.

Задачи, стоящие перед психологией аномального развития:

Теоретические:

- 1) Проблема нормы и патологии.
- 2) Выделение специфических законов, механизмов формирования нарушений психики.
- 3) Выявление структуры дефекта и механизмов его формирования при различных вариантах дизонтогенеза.

Практические:

- 1) Клинико-диагностическая.
- 2) Воздействие – коррекция отклонений в развитии.
- 3) Экспертная оценка.

История. Первые попытки классификации аномального развития предложены в 18 веке. В качестве дефекта рассматривались нарушения сенсорного развития, затем предложена Эскиролем, и касалась отклонением в умственном развитии. В середине 19 века предпринимались попытки систематического организованного обучения умственно отсталых детей. Основателем направления был Эдуард Сеген. Вопрос дифференциальной диагностики встал в начале 20 века. Возникла необходимость создания специальных вспомогательных школ. Французское министерство образования сделало запрос в образование народного просвещения, в комиссию, разрабатывающую принципы отбора детей во вспомогательные школы. Членами комиссий были Альфред Бине и Томас Симон. С этого момента начинается свое развитие детская патопсихология.

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.

Дефект - это физический или психический недостаток, влекущий за собой отклонения от нормального развития. По своему происхождению дефекты делятся на врожденные и приобретенные. Понятие о первичном и вторичном дефектах было введено Л.С. Выготским. Первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы. Вторичные – имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им. Компенсация – возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций. При компенсации функций возможно вовлечение новых нервных структур, которые раньше не участвовали в ее осуществлении. Теории компенсации: 1) Альфред Адлер - понятие «комплекса неполноценности», которое формируется у человека, благодаря его вечному стремлению к превосходству. Адлер выделял четыре основных вида компенсации: неполная компенсация, полная компенсация, сверхкомпенсация и мнимая компенсация, или уход в болезнь. 2) Л. С. Выготский, - общий закон одинаково применим к биологии и психологии организма: минус дефекта превращается в плюс компенсации. Различают два основных вида компенсации: прямую, или органическую, и непрямую, или психическую. Воспитание ребенка с дефектом

опирается на непрямую, психическую компенсацию, включающую либо внутрисистемные перестройки (использование сохранных компонентов распавшейся функции), либо межсистемную. 3) «Что меня не губит, делает меня сильнее», – формулирует идею сверхкомпенсации Вильям Штерн. Сущность сверхкомпенсациисводится к следующему: всякое повреждение или вызывает со стороны организма защитные реакции, более энергичные и сильные, чем те, которые нужны, чтобы парализовать непосредственную опасность. Его теория конвергенции двух факторов: развитие человека есть результат взаимодействия врожденных данных с внешними условиями.4) Теодор Липпсвыделил закон запруды. Закон компенсации с одной стороны, дефект есть минус, ограничение, слабость, умаление развития; с другой – именно потому, что он создает трудности, он стимулирует повышенное, усиленное движение вперед. Центральное положение современной дефектологии следующее: всякий дефект создает стимулы для выработки компенсации.

Л. С. Выготский обобщил работы своих предшественников и создал общую концепцию аномального развития. В основу исследований аномального детства положена теория психического развития, которую Выготский разработал, изучая особенности нормального психического развития. Он показал, что наиболее общие законы развития нормального ребенка прослеживаются и в развитии аномальных детей. Концепция детерминации психического развития аномального ребенка была выдвинута Л. С. Выготским в противовес существовавшей в тот период биологизаторской концепции, утверждающей, что развитие аномального ребенка протекает по особым законам. Обосновывая положение об общности законов развития нормального и аномального ребенка, Выготский подчеркивал, что общим для обоих вариантов является социальная обусловленность психического развития. Во всех своих работах отмечал, что социальное, в частности педагогическое, воздействие составляет неиссякаемый источник формирования высших психических функций как в норме, так и в патологии.

Идеи Л. С. Выготского о системном строении дефекта позволили ему выделить в аномальном развитии две группы симптомов. Это первичные нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни, и вторичные нарушения, возникающие опосредованно, в процессе социального развития аномального ребенка. Вторичный дефект, по мнению автора, является основным объектом психологического изучения и коррекции при аномальном развитии. Анализируя причины аномального развития ребенка, Л. С. Выготский выделяет факторы, определяющие процесс аномального развития. В своих работах он показал, что удельный вес наследственных предпосылок и влияния среды различен как для разных сторон психики, так и для разных возрастных этапов развития ребенка. Он выявил также закономерности их развития и возможность предупреждения вторичных нарушений как следствие первичных, связанных с болезнью органа.

Эволюционно-динамический, или онтогенетический, подход представляет основу понимания эволюционной теории Ч. Дарвина о развитии животного мира. Единство биологического и социального в процессе формирования человека, как социального существа, происходит за счет непрерывного взаимодействия социально-психических явлений с природно-психическими, которые в человеке тесно связаны с нейрофизиологическими механизмами (В.В. Ковалев). Общая закономерность замещения и поглощения биологического и тесно связанного с ним природно-психического качественно более высоким социально-психическим отчетливо проявляется в онтогенезе человека: преобладающие в психике ребенка раннего возраста такие природно-психические явления, как элементарные потребности в еде, сне, непосредственно связанные с инстинктами, примитивные эмоции удовольствия и неудовольствия, малодифференцированные проявления темперамента, с возрастом постепенно отесняются социально-психическими. Этот переход от низшего к высшему представляет основное направление в развитии психики человека.

Ведущая движущая и организующая роль в осуществлении этого направления в развитии психики ребенка принадлежит воспитанию в широком смысле слова, а также

фактору социального наследования. Под влиянием психического заболевания выявляется временный или более стойкий сдвиг во взаимоотношениях между природно-психическим и социально-психическим с усилением природно-психических явлений. Такой сдвиг значительно легче и быстрее происходит в более раннем возрасте, что связано с недостаточной зрелостью и относительно меньшей устойчивостью социально-психических образований. Другой вид изменения соотношения между социальным и биологическим имеет место при различных типах общего и психического дизонтогенеза (нарушение развития), который выражается в различных ограничениях темпа, сроков развития психики в целом и ее отдельных составных частей, а также в нарушении состояния компонентов развивающейся психики ребенка и подростка. Основными клиническими типами дизонтогенеза психики считаются ретардация (запаздывание или приостановка развития всех сторон или преимущественно отдельных компонентов психики) и асинхрония развития (неравномерное, диспропорциональное психическое развитие), при котором одни компоненты психики развиваются со значительным опережением, а другие запаздывают, либо происходит усиленное развитие отдельных свойств формирующейся личности, характера, которое ведет к дисгармонии. При асинхронии развития, как одной из форм дизонтогенеза, свойственной психопатиям в период их становления, и отчасти шизофрении детского возраста, происходит неравномерное развитие компонентов и свойств психики ребенка, усиливаются или болезненно обнажаются природно-психические компоненты и явления, например, темперамент, влечения и потребности, опирающиеся на инстинктивные механизмы. Эволюционно-динамический подход к изучению возрастных особенностей разрешает лучше понять негативные и позитивные психопатологические симптомы. Негативными симптомами называют симптомы стойкого или временного выпадения психических функций, тогда как позитивные психопатологические симптомы представляют собой качественно новые, болезненные психические образования, связанные с возбуждением сохранных механизмов мозга. К негативным симптомам относятся нарушение осмысления, снижение памяти, психической активности, эмоционального ограничения и т. п. Продуктивными симптомами являются бредовые идеи, галлюцинации, иллюзии, аффективные расстройства типа маниакальных и депрессивных состояний и др.

Г.Е. Сухарева с позиций патогенеза нарушений развития личности различает три вида дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие. Клинически близка к классификациям Л. Каннера и Г.Е. Сухаревой классификация нарушений психического развития, предложенная Я. Лутцем, в которой выделяются пять типов нарушений психического развития. Необратимое недоразвитие связывается автором с олигофренией; дисгармоническое развитие – с психопатией; регрессирующее развитие – с прогрессирующими дегенеративными заболеваниями, злокачественной эпилепсией; альтернирующее развитие, включающее состояния асинхронии как в виде ретардации, так и акселерации и наблюдаемое, по мнению автора, при самой различной соматической и психической патологии; и, наконец, развитие, измененное по качеству и направлению, наблюдаемое при шизофреническом процессе. По мнению Г.К. Ушакова и В.В. Ковалева, основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются: 1) ретардация, т. е. замедление или стойкое психическое недоразвитие, как общее, так и парциальное; 2) асинхрония – как неравномерное дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации. По мнению В.В. Лебединского, психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами: недоразвитие; задержанное развитие; поврежденное развитие; дефицитарное развитие; искаженное развитие; дисгармоническое развитие. Предлагаемая классификация дифференцирует отдельные варианты аномалий исходя из основного качества нарушения развития. Выделяется группа аномалий, вызванных отставанием развития: недоразвитие, задержанное развитие; группа аномалий, в которых ведущим признаком является диспропорциональность (асинхрония) развития: искаженное и дисгармоническое развитие; и, наконец, группа аномалий, вызванных поломкой, выпадением

отдельных функций; поврежденное и дефицитарное развитие. Наиболее широко используется в настоящее время классификация видов психического дизонтогенеза, предложенная В.В.Лебединским, в основе которой лежат представления отечественных и зарубежных ученых (Л.С.Выготский, Г.Е.Сухарева, В.В.Ковалев, Л. Каннер) об основных направлениях нарушений психического развития человека:

Классификация видов психического дизонтогенеза В.В.Лебединского.

Первая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу ретардации (задержанное развитие) и дисфункцию созревания:

общее стойкое недоразвитие (умственная отсталость различной степени тяжести),
задержанное развитие (задержка психического развития).

Вторая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу повреждения:

поврежденное развитие (органическая деменция),
дефицитарное развитие (тяжелые нарушения анализаторных систем: зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи, развитие в условиях хронических соматических заболеваний).

Третья группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений:

искаженное развитие (ранний детский аутизм),
дисгармоническое развитие (психопатии).

В последние годы все больше появляется детей с так называемыми сложными недостатками в развитии, у которых имеется сочетание двух и более направлений отклоняющегося развития. Фактически сейчас все больше можно говорить лишь о преобладании ведущей линии в дизонтогенезе ребенка.

На тип возникшей у ребенка дизонтогении по представлениям клиницистов Г.Е.Сухаревой и М. С. Певзнер влияют следующие факторы:

1) время и длительность воздействия повреждающих агентов (возрастная обусловленность дизонтогении),

2) их этиология,

3) распространенность болезненного процесса – локальность или системность патогенного воздействия,

4) степень нарушения межфункциональных связей.

Это так называемые параметры дизонтогенеза.

Понимание психического онтогенеза-дизонтогенеза как относящегося ко всей продолжительности жизни человека позволяет ставить вопрос о влиянии социальной ситуации развития (по Л.С. Выготскому) на проявления дизонтогенеза в каждом из возрастных периодов жизни. Кризисы развития могут проявляться в негативных поведенческих феноменах, в этих критических точках выше вероятность «накопления» различного рода девиаций, формирования пограничных расстройств и манифестации эндогенных психических заболеваний. Оценка дизонтогенеза, начинающегося не в детском возрасте, а позже, и его психологическая квалификация на каждом из этапов жизни является новой задачей клинической психологии. Дизонтогении могут порождаться новой социальной ситуацией развития (например, новыми социальными обстоятельствами, этническими, техническими, культурными и цивилизационными изменениями). Так, появление ряда зависимостей у людей разного возраста, которое отмечается в большинстве стран в последнее десятилетие, связано с активным использованием новых технических средств (компьютер, мобильный телефон, интернет и др.). Новые варианты психической патологии ставят перед клиническими психологами научные и практические задачи по их диагностике и коррекции. Современная психология изучает кризисы всей жизни человека. Наиболее разработанными и изученными в психологии являются кризисы, относящиеся к началу жизни (кризисы новорожденности, 1 года, 3 лет, 7 лет, подросткового возраста). Обсуждаются также выделенные в качестве кризисов развития кризис зрелого (среднего) возраста и переход от зрелости к старению (Б.Г. Ананьев, Э. Эриксон, Л.И. Анцыферова,

Н.К. Корсакова, А.Г. Лидерс и др.). В отличие от психологических кризисов других переходных периодов, например, начала жизни, компоненты кризиса зрелого и позднего возрастов практически не изучены.

Авторы предлагают использовать понятие дизонтогенеза как отклонения в психическом развитии на разных возрастных этапах применительно ко всем этапам онтогенеза: детству, подростковому, юности, зрелости, пожилому и старческому возрастам. Начало нарушения психического развития может приходиться на различные возрастные периоды жизни человека. Дизонтогенез как нарушение развития определенного типа в одних случаях может иметь длительность, равную жизни пациента, а в иных случаях – ограниченные хронологические рамки.

Таким образом, нарушенное развитие –дизонтогенез– может иметь много вариантов. Традиционно основное внимание практических клинических психологов сосредоточено на дизонтогенезе задержанного, искаженного и дисгармоничного типов и их сложных сочетаниях в детско-подростковом возрасте.

Таблица 1. Кризисы развития

| Название кризиса | Содержание кризиса | Диагностические критерии | Благоприятный вариант выхода | Неблагоприятный вариант выхода |
|------------------|--|---|---|--|
| Один год | Стремление к контакту с матерью, стремление к захвату пространства, появляется мотивированное представление, образы предметов, которых нет перед глазами | Неспецифичные: утрата аппетита, нарушение режима сна, осознание границ собственного тела, гипобулические обесценивание | Появление инициативы, настойчивости, развитие мотивации, базовое доверие мира | Страхи, робость, чувство неполноценности |
| Трех лет | Требование среды -проявление личных действий(я сам) Стремление быть хорошим и любимым- стремление к самостоятельности и утверждение собственного Я | Семизвездие симптомов : строптивость, негативизм , упрямство, деспотизм, своеволие, протест Неспецифические : нарушение аппетита, пищевые расстройства, боли в животе , запоры, поносы, прогрессивные реакции, личные страхи, нарушение двигательных навыков | Складывается образ Я-САМ появляется гордость за достижения закрепляются первичные навыки выбора | Подавление инициативы, отсутствие четких границ, жесткое ограничение собственной свободы, пассивность, возможно уход в болезнь |

| | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|
| Семи лет | Потребность достижения и значимости-сохранение статуса ребенка. Появление внутренней позиции, осознание своих эмоций и мотивов | Замирание, кривляние, слезливость, социальные страхи разделение оценивания себя и своих действий | Формирование внутренней позиции школьника | Внешняя позиция школьника формирование зависимости от окружающих |
| Предподростковый возраст | Хочу быть взрослым но не знаю как. Не знаю чего хотеть | Семизвездие симптомов : строптивость, негативизм, упрямство, деспотизм, своеволие, протест Неспецифические: нарушение сна, подавленность, субдепрессивное состояние | Формируется иерархия мотивов, расширение границ личных и физических, принятие ответственности, стабилизация самооценки | Не разделяется ответственность, следовательно, ребенок не знает границ допустимого, следовательно, нет чувства самосохранения. Сохраняются детские мотивы. |
| Кризис перехода к юности | Формирование идентичности «Я ЭТО Я» Групповое «МЫ»-собственное «Я» | Апатия, чувство потерянности, избегание социальных контактов, максимализм, обилие противоречий и нечувствительность к противоречиям | Сформированная идентичность, определены цели на ближайшее будущее | Идентичность не сформирована, формируются ложные идентичности, взросление откладываются |

Понятие о первичном и вторичном дефектах развития было введено Л.С. Выготским. Первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.) вследствие воздействия патогенных факторов. Вторичные – имеют характер психического недоразвития и нарушения социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им (нарушение речи у глухих, нарушения восприятия и пространственной ориентировки у слепых и др.). Чем менее нарушение связано с биологической основой, тем успешнее оно поддается психолого-педагогической коррекции.

- Первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.) вследствие воздействия патогенных факторов.

- Вторичные – имеют характер психического недоразвития и нарушения социального поведения, непосредственно не вытекающего из первичного дефекта, но обусловленных им (нарушение речи у глухих, нарушения восприятия и пространственной ориентировки у слепых и др.).

Общие закономерности развития детей с отклонениями в развитии.

Отклоняющееся развитие – любое отклонение отдельной функции или системы психических функций от «программы развития» вне зависимости от знака этого изменения «+» или «-» (опережение или запаздывание; замедление процесса социализации, усвоения культурно-исторического опыта. Отклоняющееся развитие, разворачивающееся в неблагоприятных условиях, созданных физическим или психическим дефектом, как стойкое изменение параметров деятельности психики и темпов ее возрастной динамики, достоверно отличающихся от средних возрастных значений. Дети с отклонениями в развитии – дети и подростки с трудностями социального функционирования, вытекающими из дефицитарности или недостатка органа, его функции и процесса со специфическими особенностями и характерными трудностями в познании окружающего мира и в общении с людьми, а также со специфическими особенностями формирования их личности. Общие закономерности отклоняющегося развития:

- снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации;
- трудность словесного опосредования;
- замедление процесса формирования представлений и понятий об окружающей действительности;
- риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности.

К таким, общим для развития нормального и аномального ребенка, закономерностям относится, прежде всего, следующее.

1. Темп психического развития отличается неравномерностью и гетерохронностью, в разные периоды проходит ускоренно или замедленно.

И в норме, и при патологии психическое развитие имеет поступательный поэтапный характер.

2. Созревание психических функций происходит в определенной последовательности, и в каждом последующем возрастном периоде наступает их качественное преобразование и совершенствование.

Каждый этап завершается формированием принципиально новых качеств, которые становятся основой для развития на следующем этапе, что вновь приводит к скачкообразному появлению новообразований в психике, создающих базу для дальнейшего развития. Появление новых качеств невозможно без направленного обучения, которое более эффективно в сензитивные периоды развития как нормального, так и аномального ребенка.

3. Психическое развитие ребенка зависит от его обучения и воспитания и от общения с взрослыми.

Общение как вид психической деятельности - необходимое условие формирования личности, ее сознания и самосознания. Общение со старшими для маленького ребенка служит единственно возможным контекстом, в котором он постигает и «присваивает» общечеловеческий опыт. Вот почему общение - главный фактор общего психического развития ребенка в норме и при отклонениях. Формирование высших психических функций опирается на речь.

4. Формирование и развитие психики ребенка происходит в различных видах деятельности

Ведущими видами деятельности для детей раннего возраста с нарушениями в развитии и без отклонений являются действия с предметами и игра. Игра рассматривается как одно из проявлений спонтанно развивающегося сознания, душевной жизни ребенка. Специфика игровой деятельности заключена в ее замещающем по отношению к настоящей деятельности взрослых характере. Выявление общности нормального и нарушенного развития необходимо продолжить, однако центральной задачей сейчас, когда специальной психологией накоплен огромный фактический материал, должно быть установление специфических закономерностей аномального развития. Многими исследователями было показано, что

развитие аномального ребенка, подчиняясь в целом общим закономерностям психического развития детей, имеет целый ряд собственных закономерностей.

Проблема детского развития - одна из самых сложных в психологии, в то же время в этой области очень много сделано, накоплено большое количество фактов, выдвинуты многочисленные, иногда противоречащие друг другу теории. К аномальным относятся дети, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению нормального хода общего развития. Гетерохрония развития - это неодновременное (с разной скоростью) созревание отдельных функциональных систем организма в онтогенезе. В наибольшей степени гетерохрония выражена в психическом развитии человека. Так, не только отдельные функции, но даже их различные свойства и характеристики могут находиться в разных фазах своего развития. Именно многообразие темпов создает чрезвычайно сложную и разнородную во временном отношении картину развития. Формирование высших психических функций, речевой деятельности имеет опережающее значение и происходит еще до того, как простые сенсорные функции достигают своей зрелости. Асинхрония - искаженное, диспропорциональное, дисгармоничное психическое развитие, характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом [5].

Так, у ребенка с ранним детским аутизмом может быть раннее ускоренное и своеобразное развитие когнитивной сферы при задержке развития моторики и навыков самообслуживания.

Асинхрония развития, как в количественном, так и в качественном отношении, отличается от физиологической гетерохронии развития, то есть разновременности созревания церебральных структур и функций. Основные проявления асинхронного развития в соответствии с представлениями физиологии и психологии в виде новых качеств возникают в результате перестройки внутрисистемных отношений.

Асинхрония развития наиболее заметна в периоды возрастных кризисов, когда начинается интенсивное формирование новых качеств психики индивида.

К основным проявлениям асинхронии относят:

1. Явления ретардации - незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм.

2. Явления патологической акселерации отдельных функций.

3. Сочетание явлений патологической акселерации и ретардации психических функций.

Изучение гетерохронии и асинхронии развития не только углубляет понимание механизмов симптомообразования, но и открывает новые перспективы в области коррекции.

Так как, если известен набор элементов, необходимых для построения новой функциональной системы, скорость и последовательность, с какой каждый из элементов должен пройти свой участок пути, а также набор необходимых качеств, которыми должна обладать будущая система, то в случае сбоев в этом процессе мы можем не только предсказать характер ожидаемых нарушений, но и предложить адресную программу, направленную на коррекцию всех составляющих формирующейся функции.

Явления ретардации - незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм. Ретардация может быть общей (тотальной) и частной (парциальной): в первом случае говорят о запаздывании или приостановке всего психического и личностного развития в целом;- во втором случае - о запаздывании или приостановке развития отдельных психических функций, компонентов психики, отдельных свойств личности (или психомоторики, или речи, или произвольных форм регуляции и т. п.). Это явление наиболее характерно для олигофрении и задержки психического развития.

Явления акселерации отдельных функций, например, чрезвычайно раннее (до 1 года) и изолированное развитие речи при раннем детском аутизме, сочетающееся с грубым отставанием, ретардацией в сенсомоторной сфере. При этом варианте асинхронии развития могут длительно сосуществовать развитая (взрослая) речь и речь автономная: наглядные,

комплексные обобщения и обобщения понятийные и т. д. Таким образом, на одном возрастном этапе имеется смешение психических образований, наблюдаемых в норме в разные возрастные эпохи. Г.К. Ушаков выделяет сложную асинхронию, когда ретардация одних функций способствует акселерации других. Например, ребенок с дефектами опорно-двигательного аппарата, воспитывающийся в изоляции от сверстников, будет отставать от них в личностном развитии, но - вследствие вынужденной изоляции - может значительно опережать их в интеллектуальном развитии.

Явления регрессии (регресс) - возврат функций на более ранний возрастной уровень, как временного, функционального характера (временная регрессия), так и стойкого, связанного с повреждением функции (стойкая регрессия). Явления регресса дифференцируют от явлений распада, при котором происходит не возврат функции на более ранний возрастной уровень, а ее грубая дезорганизация либо выпадение. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стоек регресс и более вероятен распад. В основе регресса - переходящая физиологическая незрелость, а также временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования. Примером стойкого регресса может быть возврат к автономной речи вследствие потери потребностей в коммуникации, наблюдаемой при раннем детском аутизме. Склонность к регрессу более характерна для менее зрелой функции. В то же время регрессу могут быть подвержены не только функции, находящиеся в сенситивном периоде, но также и функции, уже в достаточной степени закрепленные, что наблюдается при более грубом патологическом воздействии: при шоковой психической травме, при остром начале шизофренического процесса. По современным представлениям физиологии и психологии новые качества возникают в результате перестройки внутрисистемных отношений. В нормальном онтогенезе может быть выделено несколько типов межфункциональных отношений. К ним относят и явление временной независимости - **явления изоляции**. Изоляция функции не сопровождается другими функциями. Функции стереотипизируются и закливаются в своем развитии - временная независимость превращается в изоляцию. Таким образом, при асинхрониях развития наблюдаются различные варианты нарушений развития.

Тема 2. Основные патопсихологические синдромы у детей с психическим недоразвитием и ЗПР.

Классификация видов психического дизонтогенеза В.Лебединского. Первая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу ретардации (задержанное развитие) и дисфункцию созревания: Дисфункция созревания – тип развития, занимающий промежуточное положение между собственно отклоняющимся развитием и нормальным онтогенезом. В рамках нормального типичного онтогенеза у правой части из них демонстрирует незрелость отдельных психических функций, что препятствует овладению сложными интегративными формами психической деятельности (письмо, чтение, произвольная регуляция деятельности). То же самое можно отнести к атипичному психическому развитию у левой.

- общее стойкое недоразвитие (умственная отсталость различной степени тяжести),
- задержанное развитие (задержка психического развития).

Вторая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу повреждения:

- поврежденное развитие (органическая деменция),
- дефицитарное развитие (тяжелые нарушения анализаторных систем: зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи, развитие в условиях хронических соматических заболеваний).

Третья группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений¹:

- искаженное развитие (ранний детский аутизм),
- дисгармоническое развитие (психопатии).

В настоящее время наибольшую популярность приобрела классификация отклонений в развитии, предложенная В. В. Лебединским. Он выделяет шесть видов дизонтогенеза. 1. Психическое недоразвитие, типичной моделью которого является умственная отсталость. 2. Задержанное развитие – полиформная группа, представленная разнообразными вариантами инфантилизма, нарушений школьных навыков, недостаточностью высших корковых функций и т. д. В отличие от умственной отсталости характеризуется порциальной ретардацией и разными степенями обратимости. 3. Поврежденное психическое развитие описывает случаи, при которых ребенок имел достаточно длительный период нормального развития, нарушенного заболеваниями (прежде всего, центральной нервной системы) или травмами. 4. Дефицитарное развитие представляет собой варианты психофизического развития в условиях глубоких нарушений зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата. 5. Искаженное развитие – сочетание недоразвития, задержанного и поврежденного развития. 6. Дисгармоническое развитие – нарушения в формировании личности. Типичной моделью данного вида дезонтогенеза могут быть различные формы психопатий.

Первая клиническая классификация ЗПР была предложена в 1967 г. Т. А. Власовой и М. С. Певзнер. В рамках данной классификации рассматривались два варианта задержки психического развития. Один из них связывался с психическим и психофизическим инфантилизмом, при котором на первый план выступает отставание в развитии эмоционально-волевой сферы и личностная незрелость детей. Вторым вариантом связывал нарушения познавательной деятельности при ЗПР со стойкой церебральной астенией, для которой характерны нарушения внимания, отвлекаемость, быстрая утомляемость, психомоторная вялость или возбудимость. М. С. Певзнер считала, что легкие органические изменения в ЦНС и незрелость эмоционально-волевой сферы при правильной лечебной и коррекционно-воспитательной работе должны быть обратимы. Поэтому ЗПР иногда определяли как «временную задержку психического развития». Однако, как показали данные катанестических исследований М. Г. Рейдибойма (1971), И. А. Юрковой (1971), М. И. Буянова (1986), по мере уменьшения черт эмоциональной незрелости с возрастом ребенка на первый план нередко выступают признаки интеллектуальной недостаточности, а зачастую и психопатоподобные нарушения. Автором следующей классификации является В. В. Ковалев (1979). Он подразделял задержку психического развития на дизонтогенетический и энцефалопатический варианты. Для первого варианта характерно преобладание признаков незрелости лобных и лобно-диэнцефальных отделов головного мозга, для второго – более выражены симптомы повреждения подкорковых систем. Кроме этих двух вариантов автором выделялись смешанные резидуальные нервно-психические расстройства – дизонтогенетически-энцефалопатические. Более поздняя классификация на основе учета этиологии и патогенеза основных форм задержки психического развития была предложена в 1980 г. К. С. Лебединской. Она вошла в литературу как этиопатогенетическая классификация. В соответствии с ней выделяются четыре основных типа задержки психического развития: 1) задержка психического развития конституционального генеза; 2) задержка психического развития соматогенного генеза; 3) задержка психического развития психогенного генеза; 4) задержка психического развития церебрально-органического генеза. По данным И. Ф. Марковской (1993), при этом типе сочетаются признаки незрелости нервной системы ребенка и признаки парциальной поврежденности ряда психических функций. Ею выделяются два основных клинико-психологических варианта задержки психического развития церебрально-органического генеза. При первом варианте преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма. Если и отмечается энцефалопатическая симптоматика, то она представлена негрубыми церебралестическими и неврозоподобными расстройствами. Высшие психические функции при этом недостаточно сформированы, истощаемы и дефицитарны в звене контроля произвольной деятельности. При втором варианте доминируют симптомы поврежденности: выявляются стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций и тяжелые нейродинамические расстройства (инертность, склонность к персеверациям). Регуляция

психической деятельности ребенка нарушена не только в сфере контроля, но и в области программирования познавательной деятельности. Это приводит к низкому уровню овладения всеми видами произвольной деятельности. У ребенка задерживается формирование предметно-манипулятивной, речевой, игровой, продуктивной и учебной деятельности. В ряде случаев мы можем говорить о «смещенном сензитиве» в развитии психических функций и в процессе формирования психологических новообразований возраста.

Особенности клинико-психологической картины органического инфантилизма в значительной мере связаны с преобладающим фоном настроения. У детей с повышенным эйфорическим настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность, внешне имитирующие детскую жизнерадостность и непосредственность. Характерна неспособность к волевому усилию и систематической деятельности. На уроках эти дети непоседливы, не подчиняются требованиям дисциплины, в ответ на замечания дают обещание исправиться, но тут же об этом забывают. В беседе открыто и легко высказывают отрицательное отношение к учебе, не смущаясь, говорят, что учиться неинтересно и трудно, что они хотели гулять или играть.

Для детей с преобладанием пониженного настроения характерна склонность к робости, боязливости страхам. Этот эмоциональный фон, а также всегда сопутствующие церебростенические расстройства препятствуют формированию активности, инициативы, самостоятельности. И у этих детей преобладают игровые интересы. Они с трудом привыкают к школе и детскому коллективу, однако, на уроках ведут себя более правильно. Поэтому к врачу они нападают не в связи с нарушениями дисциплины, а из-за трудностей обучения. Нередко они тяжело переживают школьную несостоятельность. Возникающие невротические образования еще более тормозят развитие их самостоятельности, активности и личности в целом.

Тема 3. Патопсихологические синдромы при поврежденном развитии.

Психические нарушения при менингитах могут быть неодинаковыми в зависимости от того, о каком менингите идет речь – о гнойном или серозном. Так, при эпидемическом цереброспинальном менингококковом гнойном менингите в остром периоде преобладаем оглушение с эпизодами делириозного и аментивного помрачения сознания, в наиболее тяжелых случаях возможно развитие сопорозного и коматозного состояний.

В группе серозных менингитов (менингоэнцефалитов) наиболее четко выраженные психические расстройства могут наблюдаться при туберкулезном менингите. В остром периоде оглушение может чередоваться с кратковременными делириозно-онейроидными эпизодами, образными фантастическими переживаниями, зрительными и слуховыми галлюцинациями, деперсонализационно-де-реализационными расстройствами, ложным узнаванием близких. В катамнезе (после комплексного лечения) сохраняются астения, эмоциональная возбудимость, лабильность, обидчивость, колебания настроения, реже имеют место психомоторная расторможенность, бестактность, грубость, патология влечений, снижение критики при формальной сохранности интеллекта, реже интеллектуальный дефект, грубые нарушения эмоционально-волевой сферы (утрата привязанности к близким, отсутствие чувства стыда). Серозный менингит при эпидемическом паротите нередко сопровождается выраженной сонливостью, вялостью, психосенсорными расстройствами без выраженных явлений помрачения сознания. У детей при грубых воздействиях инфекционной патологии нередко развивается состояние оглушения, затем сопор и кома. К особенностям детского возраста относится также частота предделириозных состояний: раздражительность, капризность, тревога, беспокойство, повышенная чувствительность, слабость, поверхностность восприятия, внимания, запоминания, нередко возникают гипнагогические иллюзии и галлюцинации. Дети до 5 лет более чувствительны к токсическим воздействиям. У них чаще развиваются судорожные состояния, гиперкинезы. Продуктивная симптоматика в этой возрастной группе очень редка и проявляется в двигательном возбуждении,

заторможенности, рудиментальных делириозных состояниях, иллюзиях. У детей в постинфекционном состоянии наряду с астенией могут возникать страхи, психопатоподобные расстройства, пуэрильные формы поведения, снижение памяти на текущие события. У детей дошкольного возраста под влиянием тяжелой интоксикации может произойти задержка физического и психического развития. Астенические расстройства являются почвой для формирования невротических реакций. При эпидемическом энцефалите у детей и подростков формируются психопатоподобные расстройства, импульсивное двигательное беспокойство, расстройства влечений, дурашливость, асоциальное поведение, неспособность к систематической умственной деятельности при отсутствии деменции. Перенесенный в детстве энцефалит влечет за собой развитие психопатоподобной симптоматики с назойливостью, адинамическими расстройствами, иногда повышение влечений к пище, гиперсексуальность. Наступает задержка умственного развития, хотя выраженной деменции не бывает. Подобные расстройства имеются при других энцефалитах. При менингитах у детей младшего возраста преобладают вялость, адинамия, сонливость, оглушение с периодами двигательного беспокойства. Возможны судорожные пароксизмы. Последствия черепно-мозговой травмы имеют свою динамику, в которой выделяют три стадии: острая, подострая, резидуальный период. На острой стадии у больного наблюдаются расстройства сознания, вплоть до коматозного состояния. Типичны оглушенность, сонливость, нарушение ориентировки в окружающем. Наступает адинамия, астения, наблюдаются речевые нарушения, амнезия, расстройство сна. В острый период при контузиях могут проявляться также двигательное возбуждение, эйфория, нарушения критики, нелепое поведение и грубые амнестические расстройства. В подострой стадии у больного после контузии наступают оглушенность, растерянность, сумеречные состояния, головная боль с головокружением, нарастает амнезия, могут наблюдаться расстройства речи, а при коме – головные боли и головокружение, но без выраженной амнезии и расстройств сознания. В резидуальный период в обоих случаях возникает церебрастения, вестибулярные расстройства. В структуре посттравматического дефекта имеют место явления стойкого, часто необратимого регресса ряда психических функций: нарушения внимания, памяти, динамики мыслительных процессов. Многие исследователи считают, что изменения психики при эпилепсии возникают в силу ряда причин, среди которых выделяют:

- органические поражения мозга, обуславливающие очаговые и системные (связанные с перестройкой работы мозга) дисфункции, ведущие к общим изменениям психики и личности;
- ранний возраст манифестации заболевания, приводящий к измененному развитию несформировавшейся психики;
- стрессовые факторы, сопровождающие наличие эпилептических припадков и ведущие к развитию депрессии, тревожности;
- действие против нее у дорожной терапии на эмоциональную, интеллектуальную и когнитивную сферы ребенка.

Наиболее значительные изменения психики исследователи отмечают при левополушарной и височной ее форме.

Церебрастенический синдром (ЦАС, церебрастения) представляет собой сложный симптомокомплекс, включающий разнообразные психоэмоциональные отклонения, нарушения в поведении, сниженные умственную трудоспособность и способность к обучению. Дети с ЦАС отвлекаются, неусидчивы, могут заниматься одним делом около 15-20 минут, после чего чувствуют сильную усталость. Быстрая утомляемость может быть причиной того, что ребенку невозможно будет длительно находиться в коллективе сверстников, «высидеть» весь урок. При обучении больные делают ошибки при письме, путают и пропускают буквы, плохо воспроизводят прочитанное.

Наряду с быстрой интеллектуальной истощаемостью, при церебральной астении всегда присутствует психический компонент. Больные склонны к немотивированной агрессии, вспышкам гнева, раздражительны, при этом страдают сниженной критикой к

происходящему и себе. Дети мучаются различными страхами, энурезом, могут испытывать чувство постоянного беспокойства, вероятны неврозы и заикание. Церебро-астенический синдром является следствием нарушения работы нервной системы. Чаще всего его причиной выступают психогенные факторы: детские травмы, неврастения, неврозы, депрессии, фобии.

Отличительный признак данного состояния – постоянная усталость и ощущение слабости. Также болезнь сопровождается частыми головокружениями и мигренями, тянущими болями в мышцах и ломотой костях, рассеянностью и забывчивостью, резкими вспышками вербальной агрессии, нежеланием общаться и интересоваться жизнью социума, бессонницей или, напротив, постоянной сонливостью.

Тема 4. Патопсихологические синдромы при дефицитарном развитии.

В основе психического развития аномальных детей, в том числе с нарушенным слухом, лежат те же закономерности, что и в норме. Однако имеются некоторые особенности, которые обусловлены и первичным дефектом, и вторичными нарушениями: замедленным овладением речью, коммуникативными барьерами и своеобразием развития познавательной сферы. Следует отметить, что дети с нарушениями слуха делятся на слабослышащих и глухих, и их развитие познавательной деятельности и личности отличаются, имеют свои особенности. Неслышащие – дети с полным отсутствием слуха, который не может использоваться для накопления речевого запаса. Эта группа разделяется на подгруппы: неслышащие без речи (дети, родившиеся глухими или потерявшие слух в возрасте до 2–3 лет, до формирования речи) и неслышащие, потерявшие слух, когда речь практически была сформирована – у таких детей необходимо предохранять речь от распада, закреплять речевые навыки. Слабослышащие – дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие. Нарушение слуха непосредственно влияет на речевое развитие ребенка и оказывает опосредованное влияние на формирование памяти, мышления. Что же касается особенностей личности и поведения неслышащего и слабослышащего ребенка, то они не являются биологически обусловленными и при создании соответствующих условий поддаются коррекции в наибольшей степени. Значительную часть знаний об окружающем мире нормально развивающийся ребенок получает через слуховые ощущения и восприятия. Неслышащий ребенок лишен такой возможности, или они у него крайне ограничены. Это затрудняет процесс познания и оказывает отрицательное влияние на формирование других ощущений и восприятий. В связи с нарушением слуха особую роль приобретает зрение, на базе которого развивается речь глухого ребенка. Очень важными в процессе познания окружающего мира становятся двигательные, осязательные, тактильно-вибрационные ощущения. Особенности мышления детей с нарушениями слуха связаны с замедленным овладением словесной речью. Наиболее ярко это проявляется в развитии словесно-логического мышления. При этом наглядно-действенное и образное мышление глухих и слабослышащих учащихся также имеет своеобразные черты. Нарушение слуха оказывает влияние на формирование всех мыслительных операций, приводит к затруднениям в использовании теоретических знаний на практике. Исследования показали, что глухому школьнику нужно несколько больше времени для осмысления полученных знаний, чем его слышащему сверстнику. *Слабовидящие дети* сильно отличаются друг от друга по состоянию зрения, работоспособности, утомляемости и скорости усвоения материала. В значительной степени это обусловлено характером поражения зрения, происхождением дефекта и личными особенностями детей. Дети в одной возрастной группе, имея примерно одинаковые зрительные диагнозы, могут очень сильно отличаться по уровню развития интеллекта и психоневрологическому статусу. Нарушения в эмоционально-волевой и коммуникативной сферах – как правило, для детей с нарушениями зрения характерны повышенная эмоциональная ранимость, обидчивость, конфликтность, напряженность, неспособность к пониманию эмоционального состояния партнера по общению и адекватному самовыражению. Игры таких детей отличаются меньшей развернутостью по сравнению с играми обычных детей, им в большей степени требуется организующая помощь взрослого,

на первых порах на всем протяжении игры. Правила игры приходится много раз повторять заново, и, хотя действия детей, как правило, стереотипны, фрагментарность восприятия мешает им удерживать целостный образ игрового сюжета. Трудности усвоения предметных действий приводят к тому, что многие дети даже старшего дошкольного возраста в спонтанном поведении остаются на уровне предметно-практической деятельности. Нарушения зрения связаны также с трудностями двигательного развития: отсутствие стереоскопического восприятия, монокулярный характер зрения у детей с амблиопией и косоглазием снижает двигательную активность детей.

К категории детей с нарушением опорно-двигательного аппарата относятся дети: с детскими церебральными параличами; с последствиями полиомиелита; с прогрессирующими нервно-мышечными заболеваниями (миопатия, рассеянный склероз и др.); с врожденным или приобретенным недоразвитием или деформацией опорно-двигательного аппарата. Структура дефекта при ДЦП включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Механизм нарушения развития психики сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Картина психических нарушений на фоне раннего внутриутробного поражения характеризуется грубым недоразвитием интеллекта. При поражениях, развившихся во второй половине беременности и в период родов, психические нарушения носят более мозаичный, неравномерный характер. Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральными параличами резко задерживается, и на этом фоне выявляются различные формы нарушения психики, и прежде всего познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений: например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП – с тяжелым недоразвитием психических функций. Для детей с церебральным параличом характерна своеобразная аномалия психического развития, обусловленная ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами; Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения.

Соотношение между симптомами первичных и вторичных отклонений во многом зависит от индивидуальных особенностей человека, от его компенсаторных возможностей, а также от своевременности и адекватности коррекционной работы. Поэтому не всегда удается обнаруживать прямую зависимость между глубиной и выраженностью ядерного расстройства и характером проявлений вторичных отклонений.

В зависимости от места первичного дефекта направление вторичного недоразвития может быть «снизу вверх» или «сверху вниз». Л.С. Выготский считал основной координатой вторичного недоразвития направление «снизу вверх» - это элементарных функций к более сложным. Однако ряд данных позволяет считать, что вторичное недоразвитие может наблюдаться не только в отношении высших, но и базальных функций. Известно, что в онтогенезе развитие идет не только «снизу вверх», но и «сверху вниз». В последнем случае развитие высших функций стимулирует перестройку базальных, внося в них новые задачи и цели. В случае дефекта высших уровней такого «подтягивания» не происходит, возникает вторичное недоразвитие базальных систем (недоразвитие «сверху вниз»). Компенсация при дефицитном развитии осуществляется в условиях адекватного воспитания и обучения.

Тема 5. Патопсихологические синдромы у детей и подростков при искаженном и дисгармоничном развитии.

Аутизм – это психическое расстройство, сопровождающееся нарушением коммуникации с внешним миром. Поскольку существует несколько вариантов этого заболевания, то чаще всего используется термин – расстройство аутистического спектра. Основные жалобы, с которыми обращается к специалистам семья ребенка первой группы, – это отсутствие речи и невозможность организовать ребенка: поймать взгляд, добиться ответной улыбки, услышать жалобу, просьбу, получить отклик на зов, обратить его

внимание на инструкцию, добиться выполнения поручения. Такие дети демонстрируют в раннем возрасте наибольший дискомфорт и нарушение активности. В период развернутых проявлений синдрома явный дискомфорт остается в прошлом, поскольку компенсаторная защита от мира строится у них радикально: не иметь с ним никаких точек активного соприкосновения. Аутизм таких детей максимально глубок, он проявляется как полная отрешенность от происходящего вокруг.

Дети второй группы исходно несколько более активны и чуть менее ранимы в контактах со средой, и сам их аутизм более активен, он проявляется уже не как отрешенность, а как неприятие большей части мира, любых контактов, неприемлемых для ребенка. Родители чаще всего приходят в первый раз с жалобами на задержку психического развития таких детей, и прежде всего – развития речи; обо всех остальных трудностях они сообщают позже. Эти прочие трудности в жалобах родителей уходят на второй план, потому что они ко многому притерпелись и приспособились – ребенок уже приучил их к сохранению особых необходимых ему условий жизни, прежде же всего – к строгому соблюдению сложившегося жизненного стереотипа, в который включаются и обстановка, и привычные действия, и весь распорядок дня, и способы контакта с близкими. Обычна особая избирательность в еде, в одежде, фиксированные маршруты прогулок, пристрастия к определенным занятиям, предметам, особый строгий ритуал в отношениях с близкими, многочисленные требования и запреты, невыполнение которых влечет за собой срывы в поведении ребенка.

Детей третьей группы также легче всего отличить по внешним проявлениям, прежде всего – по способам аутистической защиты. Такие дети выглядят уже не отрешенными, не отчаянно отвергающими окружающее, а скорее сверхзахваченными своими собственными стойкими интересами, проявляющимися в стереотипной форме. В данном случае родители вынуждены обращаться за помощью к специалистам не из-за отставания в речевом или интеллектуальном развитии, а в связи с трудностями взаимодействия с таким ребенком, его экстремальной конфликтностью, невозможностью с его стороны уступить, учесть интересы другого, поглощенностью одними и теми же занятиями и интересами. Годами ребенок может говорить на одну и ту же тему, рисовать или проигрывать один и тот же сюжет. Родителей нередко беспокоит, что ему нравится, когда его ругают, он старается все делать назло. Содержание его интересов и фантазий часто связано со страшными, неприятными, асоциальными явлениями. Детям четвертой группы присущ аутизм в его наиболее легком варианте. На первый план здесь выступают уже не защита, а повышенная ранимость, тормозимость в контактах (т. е. контакт прекращается при ощущении малейшего препятствия или противодействия), неразвитость самих форм общения, трудности сосредоточения и организации ребенка. Аутизм, таким образом, предстает здесь уже не как загадочный уход от мира или его отвержение, не как поглощенность какими-то особыми аутистическими интересами. Туман рассеивается, и высвечивается центральная проблема: недостаточность возможностей в организации взаимодействия с другими людьми. Поэтому родители таких детей приходят с жалобами не на трудности эмоционального контакта, а на задержку психического развития в целом.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний, полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме заслушивания докладов и обсуждения материала. Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном в рабочей программе дисциплины списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таким образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

Практические занятия

Тема 1. Теоретические и методологические проблемы психологии дизонтогенеза. Основные направления исследований. Место и роль в системе психологии, медицины и педагогики.

1. Предмет, методы, задачи, история дисциплины.
2. Проблемы дефекта и его компенсации. Роль Выготского в развитии проблемы дизонтогенеза.
3. Эволюционно-динамические теории дизонтогенеза.
4. Классификации видов дизонтогенеза: клинические (Г.Е. Сухарева, Л. Каннер, А.Е. Личко) и клинико-психологические (В.В. Лебединский).

5. Значение изучения проблем дизонтогенеза для общей, возрастной и клинической психологии.
6. Стадии психического развития ребенка и критические возрастные периоды.
7. Первичные и вторичные нарушения (Л.С. Выготский). Закономерности аномального развития.
8. Роль гетерохронии и асинхронии в нормальном и патологическом системогенезе. Основные симптомы асинхронии развития: ретардация, патологическая фиксация, временный и стойкий регресс.

Тема 2. Основные патопсихологические синдромы у детей с психическим недоразвитием и ЗПР.

1. Классификации видов психического недоразвития.
2. Особенности гностических, эмоционально-волевых процессов и личности у детей и подростков с психическим недоразвитием.
3. Клинические и клинико-психологические классификации задержки психического развития (ЗПР).
4. Особенности психического развития детей и подростков с различными формами ЗПР (конституциональная, соматогенная, психогенная формы и церебрально-органического генеза.)

Тема 3. Патопсихологические синдромы при поврежденном развитии.

1. Проблема распада психических функций в детском и подростковом возрасте.
2. Клинико-психологические особенности нарушений психических функций вследствие менингитов, менингоэнцефалитов, травмах головного мозга, эпилепсии и ревматических заболеваний.
3. Церебростенические, церебро-апатические синдромы и их клинико-психологические характеристики.

Тема 4. Патопсихологические синдромы при дефицитарном развитии.

1. Психологическая характеристика детей с грубым недоразвитием отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата.
2. Психологическая характеристика детей с повреждением отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата.
3. Психологическая характеристика детей с рядом инвалидизирующих хронических соматических заболеваний.
4. Соотношение первичного и вторичного дефектов в формировании психических нарушений.
5. Особенности эмоционально-личностной сферы.
6. Вопросы компенсации.

Тема 5. Патопсихологические синдромы у детей и подростков при искаженном и дисгармоничном развитии.

1. Аутизм и аутистические синдромы в детском возрасте их классификация.
2. Специфика эмоциональной регуляции при РДА, ведущие патопсихологические синдромы.
3. Психопатическое развитие в детском и подростковом возрасте, клинико-психологические характеристики детей и подростков с конституциональным и органическим психопатическим развитием.
4. Патологическое формирование личности в детском возрасте и роль биологических и социальных факторов в ее формировании.
5. Акцентуации характера в подростковом возрасте, классификация и основные клинико-психологические характеристики.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

Работа с литературой

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой по всем формам занятий: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения. При изучении дисциплины важным вариантом кодирования информации является составление схем и таблиц. В этом случае помимо вербальной (словесной), задействуется моторная память, что способствует более полному усвоению материала.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе основную идею (идеи) прочитанного текста. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя задания для самостоятельной работы.

Задания для самостоятельной работы:

1. Одним из основных направлений самостоятельной работы студентов при изучении дисциплины «Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте» является выполнение заданий, полученных в ходе лекции. Совокупность заданий по каждой теме направлена на дополнение конспекта лекции, уточнение понятий, составление схем и т.д. Так, студентам может быть предложено выполнение практических заданий для самостоятельной проработки студентами, подготовка докладов, рефератов; подготовка раздаточного материала. Общим для всех заданий является их малый объём и направленность на дополнение конспекта лекции. Выполняются задания, как правило, в лекционных тетрадях.

2. Подготовка к практическому занятию – включает повторение материала лекции, чтение дополнительной литературы, конспектирование материала.

3. Выполнение индивидуального домашнего задания; выполнение практических заданий для самостоятельной проработки. Индивидуальное домашнее задание предполагает более глубокое изучение одного из вопросов к практическому занятию, подготовку по нему презентации с использованием дополнительной литературы и представление презентации на практическом занятии. Практические задания ориентированы на поиск примеров нарушений психического развития, рассматриваемых в рамках каждой темы. Примеры могут быть приведены из художественной литературы, фильмов, либо специализированной литературы, содержащей описание конкретных клинических случаев.