

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Общая и специальная психология

**Сборник методических рекомендаций для преподавателя к практическим занятиям по
направлению подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование (очная форма
обучения)**

Красноярск

2022

Общая и специальная психология : сборник методических рекомендаций для преподавателя к практическим занятиям по направлению подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование (очная форма обучения) / сост. Ю.В. Живаева, Г.В. Сенченко. - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2022.

Составители:

к.пс.н. Ю.В. Живаева
преподаватель Г.В. Сенченко

Сборник методических рекомендаций к практическим занятиям предназначен для преподавателя с целью организации занятий. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2018 по направлению подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2022 г.) и СТО СМК 8.3.12-21. Выпуск 5.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 10 от 26 мая 2022 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2022

1. Тема № 1. Общая характеристика психологии как науки. Система методов психологии. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.1, УК-6.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о психологии как науке, понимания специфичности и уникальности психологического знания, закрепление базовых предметных категорий, позволяющее включаться в профессиональное сообщество, формирование профессиональной ментальности, становление профессиональной позиции.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** исторического наследия и социокультурных традиций различных групп обучающихся с овз, их родителей (законных представителей)., **уметь** высказывать собственную точку зрения на факторы развития психического процесса, **владеть** навыком различать описание психических явлений: процессов, состояний и свойств личности

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** аудитория №2

- **оснащение занятия:** видеопроектор, наглядные пособия, ноутбук, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	20.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	35.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5	Самостоятельная работа	60.00	Выполнение задания.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	25.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	25.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	225	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

При делении наук на группы по признаку предмета изучения выделяют естественные, гуманитарные и технические науки. Первые изучают природу, вторые — общество, культуру и историю, третьи связаны с изучением и созданием средств производства и орудий труда. Человек — существо социальное, и все его психические явления в значительной мере социально обусловлены, поэтому психологию принято относить к гуманитарным дисциплинам.

Понятие «психология» имеет как научный, так и житейский смысл. В первом случае оно употребляется для обозначения соответствующей научной дисциплины, во втором — для описания поведения или психических особенностей отдельных лиц и групп людей. Поэтому в той или иной степени каждый человек знакомится с «психологией» задолго до ее систематического изучения.

Уже в раннем детстве ребенок говорит «я хочу», «я думаю», «я чувствую». Эти слова свидетельствуют о том, что маленький человек, не отдавая себе отчета в том, чем он занимается, исследует свой внутренний мир. На протяжении всей жизни каждый человек, осознанно или неосознанно, изучает себя и свои возможности. Следует отметить, что уровень познания своего внутреннего мира во многом определяет то, насколько человек может понять других людей, насколько успешно может построить с ними взаимоотношения.

Человек — это социальное существо, и он не может жить вне общества, без контактов с окружающими. В практике живого общения каждый человек постигает многие психологические законы. Так, каждый из нас уже с детства умеет «читать» по внешним проявлениям — мимике, жестам, интонации, особенностям поведения — эмоциональное состояние другого человека. Таким образом, каждый человек — своего рода психолог, поскольку в обществе невозможно жить без определенных представлений о психике людей.

Однако житейские психологические знания очень приблизительны, расплывчаты и во многом отличаются от научных знаний.

Во-первых, житейские психологические знания конкретны, привязаны к конкретным ситуациям, людям, задачам.

Научная же психология стремится к обобщению, для чего используются соответствующие понятия.

Во-вторых, житейские психологические знания носят интуитивный характер. Это обусловлено способом их получения — случайным опытом и его субъективным анализом на бессознательном уровне. В отличие от этого научное познание основано на эксперименте, а полученные знания вполне рациональны и осознаваемы.

В-третьих, существуют различия в способах передачи знаний. Как правило, знания житейской психологии передаются с большим трудом, а часто эта передача просто невозможна. Как пишет Ю. Б. Гиппенрейтер, «вечная проблема «отцов и детей» состоит как раз в том, что дети не могут и даже не хотят перенимать опыт отцов». В то же время в науке знания аккумулируются и передаются намного легче.

В-четвертых, научная психология располагает обширным, разнообразным и подчас уникальным фактическим материалом, недоступным во всем объеме ни одному носителю житейской психологии.

Так что же такое психология как наука?

Слово «психология» в переводе с древнегреческого буквально означает «наука о душе» (psyche — «душа», logos — «понятие», «учение»). В научном употреблении термин «психология» появился впервые в XVI в. Первоначально он относился к особой науке, которая занималась изучением так называемых душевных, или психических, явлений, т. е. таких, которые каждый человек легко обнаруживает в собственном сознании в результате самонаблюдения. Позднее, в XVII-XIX вв. область, изучаемая психологией, расширяется и включает в себя не только осознаваемые, но и неосознаваемые явления. Таким образом, психология — это наука о психике и психических явлениях.

9. Вопросы по теме занятия

1. В чем состоит специфика научно-психологического познания?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.2

2. Что выступает предметом психологии?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.2

3. Что выступает объектом психологии?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ЗАДАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) разработка проблем методологии и истории психологии, теории и методов исследования наиболее общих законов возникновения, развития и бытия психических явлений;
- 2) систематизация научного знания психологии, формулирование наиболее общих принципов науки;
- 3) разработка методов исследования возникновения, развития и бытия психических процессов, состояний, свойств;
- 4) изучение познавательной и практической деятельности человека;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1, УК-6.2

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ ВЫСТУПАЮТ:

- 1) фактором, объединяющим категориальный аппарат в 3 группы: психические процессы, психические состояния, психические свойства (особенности личности);
- 2) фундаментальной основой развития всех отраслей психологической науки;
- 3) основой теоретической и экспериментальной психологии;
- 4) в виде теоретических принципов, которых придерживается психологическая наука;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.1, УК-6.2

3. ПЕРВАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ БЫЛА СОЗДАНА:

- 1) Вильгельмом Вундтом;
- 2) Зигмундом Фрейдом;
- 3) Куртом Левином;
- 4) Зельцем Отто;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1, УК-6.2

4. СТОРОННИКОМ КАКОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ БЫЛ И.П.ПАВЛОВ:

- 1) интроспективной психологии;
- 2) ассоциативной психологии;
- 3) гештальтпсихологии;
- 4) психоанализа;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.1, УК-6.2

5. ЧТО ИЗУЧАЕТ ОБЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ:

- 1) группу людей;
- 2) индивида;
- 3) психические заболевания;
- 4) закономерность протекания всех психических процессов;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.1, УК-6.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. 1) Психология выявляет закономерности, действующие в сфере психического отражения действительности, а также регуляции поведения и деятельности. 2) Психология раскрывает индивидуальность личности, неповторимое сочетание особенностей восприятия и осмысления действительности конкретным человеком, а также его переживаний, стремлений и действий. 3) Предметом психологической науки являются физиологические процессы, происходящие в мозгу при отражении действительности в форме ощущений, образов восприятия и воображения, мыслей, мотивов, эмоций и чувств. 4) Психология — это наука о сознании, в котором функционируют ощущения, образы восприятия и воображения, мысли, складываются отношения к действительности в форме эмоций, чувств и мотивов поведения. 5) Психология рассматривает факты, события психической жизни.

Вопрос 1: Какие из приведенных ниже суждений характеризуют предмет психологической науки?;

Вопрос 2: Почему другие утверждения не являются правильными?;

- 1) Предмет психологической науки характеризуется в суждениях 1, 2, 5, взятых вместе.;
- 2) В суждении 4 этот предмет неправомерно сужается, поскольку в сфере интересов психологии оказывается только высшая форма психической жизни — сознание. В высказывании 3 осуществляется подмена предмета психологической науки предметом физиологии.;

Компетенции: УК-5.1, УК-6.2

2. Как бы Вы объяснили следующие факты житейской и научной психологии.

Вопрос 1: Выпускники психологических факультетов отмечают, что они не отличаются от непсихологов способностью понимать других людей, умением строить, поддерживать и развивать межлические отношения?;

Вопрос 2: Медицинские психологи и психиатры утверждают, что стабильный процент среди молодых пациентов психиатрических клиник составляют студенты факультетов психологии?;

- 1) Способность понимать других людей, умение строить, поддерживать и развивать межлические отношения – это проявления житейского опыта человека, не имеющие под собой научных знаний, умений и навыков. Поэтому студенты психологических факультетов от непсихологов по данным основаниям не различаются.;
- 2) Данный факт обусловлен несколькими моментами: 1) на факультеты клинической психологии очень часто поступают молодые люди, имеющие проблему в психическом развитии, стремящиеся решить ее в процессе обучения. Погружение в профессию, требующую большого внутреннего ресурса, приводит к обострению проблем психического характера. 2) знакомство с различной симптоматикой психического нездоровья обуславливает излишнее самокопание и обнаружение данных проявлений у себя.;

Компетенции: УК-5.1, УК-6.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Научные школы в психологии
2. Предмет психологии
3. Специфика отраслей психологической науки.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Нуркова, В. В. [Общая психология](#) : учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 524 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Маклаков, А. Г. [Общая психология](#) : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. - Санкт-Петербург : Питер, 2020. - 583 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общая психология (курс лекций МГУ)
(<https://www.youtube.com/watch?v=zWCKjoo6hNI&list=PLt3fgqeygGTVk5khY228EBHujarUgyLfv>)
Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть первая (<https://www.youtube.com/watch?v=LwCoUz95J2o>)
Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть вторая (<https://www.youtube.com/watch?v=si2iZPUoZz4>)

1. Тема № 2. Происхождение и развитие психики в филогенезе. Сознание. (Компетенции: УК-5.2, УК-6.5)

2. Разновидность занятия: практическое

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о происхождении и развитии психики в филогенезе, о базовых предметных категориях, позволяющее обсуждать вопросы происхождения и развития психики, формирование профессионального мышления, становление профессиональной позиции на происхождение и развитие психики.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** исторического наследия и социокультурных традиций различных групп обучающихся с овз, их родителей (законных представителей)., **уметь** высказывать собственную точку зрения на факторы развития психического процесса, **владеть** возможными способами подбора методов и методик исследования адекватно психическому процессу

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** аудитория №2

- **оснащение занятия:** видеопроектор, наглядные пособия, ноутбук, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	20.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	40.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	35.00	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5	Самостоятельная работа	60.00	Выполнение задания.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	25.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	25.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	225	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Под психикой понимают свойство высокоорганизованной материи (мозга) отражать объективную реальность и на основе формируемого при этом субъективного психического образа регулировать активность, поведение, деятельность.

Проблема развития психики имеет три аспекта изучения:

1. возникновение и развитие психики в животном мире.
2. возникновение и развитие человеческого сознания.
3. развитие психики в онтогенезе человека, т. е. начиная от рождения и до конца жизни.

Возникновение психики есть результат эволюции материи. Психика не возникает с зарождением жизни на Земле, она появляется только на относительно высоком уровне развития органической жизни. Простейшие живые существа не обладают способностью психического отражения. Живая материя обладает такой способностью как раздражимость.

Раздражимость – это способность реагировать, отвечать на воздействия среды, изменять физиологическое состояние (на уровне обмена веществ) под влиянием биологически значимых воздействий.

Отражение на психическом уровне, по гипотезе А. Леонтьева, характеризуется появлением у живых организмов *чувствительности*. Чувствительность возникает на базе раздражимости как всеобщего свойства живой материи. Чувствительность – первое проявление психики и показатель ее возникновения.

Чувствительность – это способность некоторых живых организмов воспринимать раздражители, обладающие сигнальной функцией по отношению к раздражениям, имеющим прямое биологическое значение.

А. Н. Леонтьев выделяет три стадии развития психики животных:

На стадии элементарной чувствительности живые организмы реагируют только на отдельные свойства предметов внешнего мира.

На стадии предметного восприятия деятельность животного определяется воздействием уже не отдельных свойств предметов, а вещами в целом. Отражение действительности осуществляется в виде целостных образов.

Стадия интеллекта характеризуется еще более сложной деятельностью и сложными формами отражения действительности.

Психика как выделение и отражение отдельных свойств окружающих предметов и явления связана с появлением и развитием *нервной системы*.

В пределах каждой стадии могут быть лишь различные уровни: низший, высший, наивысший.

В зависимости от уровня развития нервной системы и психической деятельности различают три типа поведения животных как способы их приспособления к окружающей среде: инстинкты, навыки и простейшие формы интеллектуального (разумного) поведения. Выделяют врожденные и приобретенные в процессе жизни формы поведения живых организмов.

К врожденным формам поведения относятся инстинкты.

Инстинкты — это сложные врожденные действия животных, основанные на безусловных рефлексах, при помощи которых животные удовлетворяют свои биологические потребности. Физиологически инстинкты представляют собой сложные цепи безусловных рефлексов, причем конец одного рефлекса является возбудителем следующего рефлекса и т. д.

Инстинкты выработались в ходе естественного отбора как результат отбора и закрепления в ряде поколений биологически целесообразных действий. Инстинкты обеспечивают животным успешное приспособление к окружающей среде и удовлетворение необходимых жизненных потребностей.

Для инстинктов характерно относительное постоянство, однотипность проявления у животных одного и того же вида.

Индивидуально приобретенные и закрепленные в упражнениях способы поведения животных называют навыками.

Навыки животных. Животные не могут успешно приспособиться к изменяющейся среде, опираясь только на врожденные формы поведения — инстинкты. По мере усложнения жизни животных ведущее значение начинает приобретать новый, более совершенный тип поведения, позволяющий животному сравнительно легко приспособляться к изменениям окружающей среды. Этот тип поведения — навык.

Навык — способ поведения, приобретенный в индивидуальной жизни и закрепленный в результате упражнений. В основе навыка лежит система условных рефлексов. Навыки появляются на более высоком уровне развития животного мира.

Навык по сравнению с инстинктом не всегда более сложная форма поведения (в ряде случаев инстинкты — гораздо более сложные формы поведения), но более гибкая, пластичная и вследствие этого более совершенная форма поведения.

Навыки могут вырабатываться у животных как в естественных условиях жизни, так и путем специального обучения, дрессировки.

Способность приобретать навыки имеется не только у высших, но и у низших животных. Навык есть условный рефлекс.

Интеллектуальное поведение животных.

Интеллектуальное поведение - тип поведения, являющийся вершиной психического развития животных и выражающийся в умении животного решать некоторые наглядно-действенные задачи.

Высшие животные (человекообразные обезьяны и дельфины) способны к интеллектуальному поведению — простейшим формам мыслительной деятельности, основанным на установлении связей между предметами.

Интеллектуальное поведение животных — высшая и наиболее устойчивая форма поведения в животном мире, обеспечивающая наиболее гибкое приспособление животного к меняющимся условиям среды. Для него характерен перенос усвоенного в новые ситуации, но отсутствует обобщение.

Интеллектуальные действия даже высших обезьян крайне элементарны по своему характеру и не выходят за пределы круга задач, возникающих в естественных условиях их жизни.

Интеллект обезьян качественно отличается от мышления человека. По мнению многих ученых, мыслительные способности обезьян можно приравнять к мыслительным способностям ребенка 3— 4-летнего возраста.

Отсутствие второсигнальных (речевых) временных связей, при помощи которых оформляются мысли, лишает обезьяну возможности предварительно всесторонне обдумывать и планировать свои действия. Способность планирования, целенаправленного обдумывания своих действий, осуществления коллективных форм деятельности появляется только у человека, владеющего речью.

9. Вопросы по теме занятия

1. А.Н.Леонтьев считал, что основное отличие деятельности животного от деятельности человека состоит в том, что она является?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

2. Переходу к человеческой психике соответствует?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

3. Что из себя представляет психика?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

4. Что означает интеллектуальное поведение?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

5. Что относится к врожденным формам поведения?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. КОНВЕРГЕНЦИЯ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К РАЗРАБОТАННОЙ В.ШТЕРНОМ ТЕОРИИ ОЗНАЧАЕТ:

- 1) схождение;
- 2) расхождение;
- 3) слияние;
- 4) параллелизм;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

2. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОРГАН - ЭТО:

- 1) прижизненно складывающаяся система функций и реализующих их морфологических субстратов;
- 2) система знаний, умений, врожденных, но особенных для каждого индивида;
- 3) орган, контролируемый головным и спинным мозгом, который, в свою очередь, контролирует всю функциональную систему в целом;
- 4) психическая составляющая человеческой души;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

3. СПОСОБНОСТЬ ОТРАЖАТЬ ЦЕЛОСТНЫЕ ОБРАЗЫ ПРЕДМЕТОВ И ЯВЛЕНИЙ РЕАЛЬНОСТИ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА СТАДИИ:

- 1) перцептивной психики;
- 2) сознания;
- 3) элементарной сенсорной психики;
- 4) интеллекта;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

4. ПСИХИКА - ЭТО:

- 1) внутренний субъективный мир человека или животного;
- 2) комплекс субъективно переживаемых процессов и состояний;
- 3) основа психической жизни человека;
- 4) высшая форма взаимосвязи живых существ с предметным миром, выраженная в их способности реализовать свои побуждения и действовать на основе информации о нем;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

5. ФИЛОГЕНЕЗ - ЭТО:

- 1) выделение главных этапов эволюции психики животных;
- 2) выявление условий перехода от одного этапа эволюции к другому;
- 3) историческое формирование группы организмов;

4) процесс возникновения и исторического развития психики и поведения животных;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Существует утверждение, что беспомощность человеческого дитя при рождении есть предпосылка его безграничного развития в онтогенезе.

Вопрос 1: На чем основано это утверждение?;

Вопрос 2: Какой процесс лежит в основе развития человеческой психики?;

1) Ребенок наиболее беспомощен в момент своего рождения. У него нет ни единой сложившейся формы поведения. В ходе антропогенеза практически исчезли какие бы то ни было инстинктивные функциональные системы. (Инстинктивные системы – это такие системы, в которых известный раздражитель вызывает заранее заданные формы поведения). К моменту рождения у ребенка нет ни одного заранее сформированного поведенческого акта. Все складывается при жизни. В этом и заключается биологическая сущность беспомощности. Потеря инстинктивных форм поведения происходила на протяжении сотен тысяч лет, она – чрезвычайное благо, расширившее возможности развития. Дж.Брунер отмечал, что эволюция приматов основана на отборе в направлении все более отличительного паттерна незрелости, благодаря именно такому направлению отбора стала возможной более гибкая адаптация нашего вида.;

2) В основе развития человеческой психики лежит овладение исторически сформированными общественными орудиями, служащими средством удовлетворения потребностей.;

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

2. Среди ученых нет единства во взглядах на вопрос: с чем человек приходит в жизнь. Некоторые ученые отрицают наличие у человека инстинктивных форм поведения.

Вопрос 1: Какое значение имеет для понимания человеческого развития различие инстинктивных, наследуемых и врожденных форм поведения?;

Вопрос 2: Что влияет на формирование качеств личности?;

1) Человек рождается на свет самым беспомощным, самым незрелым, неприспособленным к жизни. Это происходит потому, что у него минимальный по сравнению с животными фонд врожденных рефлексов (инстинктов). Инстинкт – это совокупность врожденных компонентов поведения и психики животных и человека, а инстинктивное поведение животных – совокупность сформировавшихся в процессе развития данного вида животных наследственно закрепленных, врожденных, общих для всех представителей вида компонентов поведения, составляющих основу жизнедеятельности животных. Преимущество же строения нервной системы ребенка заключается в том, что вскоре после рождения у него формируются новые, изменчивые и весьма сложные формы поведения. Все функции и умения ребенка отличаются гибкостью, изменчивостью, совершенством.;

2) Эти качества возникают в процессе онтогенеза под влиянием обучения.;

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

3. 1) Генерал считал, что противник прекрасно понимает тактическую выгоду для него (генерала) организации переправы возле этой маленькой деревушки. Значит, именно здесь противник сконцентрирует свою оборону. Поэтому счел правильным имитировать подготовку к форсированию реки здесь, а настоящую переправу осуществить в другом месте. 2) Чтоб собеседник нашу мысль постиг, нужней нам сердце, нежели язык (таджикская мудрость). 3) Народная учительница К.И.Муравьева говорит: «Я ведь вместе с ребятами живу — то становлюсь маленькая и глупенькая, как первоклашка, то постепенно делаюсь сознательным подростком, строю планы, правда, не о своей, а об их жизни, но это все равно... Дети маленькие, и я маленькая. Дети большие, и я большая» (Н.Н. Пospelов). 4) Сергей был удивительно догадлив. Он тут же стал отвечать на вопрос, который я не успел задать.

Вопрос 1: Какие стороны понимания другого человека в наибольшей степени проявляются в следующих высказываниях?;

Вопрос 2: В каких вариантах проявляется эмпатия?;

1) Рефлексия и эмпатия;

2) В высказываниях 2 и 3 — эмпатия;

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

4. Прочитайте следующие факты житейской и научной психологии. Выпускники психологических факультетов отмечают, что они не отличаются от не психологов способностью понимать других людей, умением строить, поддерживать и развивать межчеловеческие отношения. Медицинские психологи и психиатры утверждают, что стабильный процент среди молодых пациентов психиатрических клиник составляют студенты факультетов психологии. Стал хрестоматийным факт отрицательного отношения Ф.М.Достоевского и А.С.Макаренко к психологии. В то же самое время одного называют гениальным писателем-психологом, а другого – гениальным педагогом-психологом.

Вопрос 1: Как бы Вы объяснили следующие факты житейской и научной психологии?;

Вопрос 2: Какое открытие в области педагогической психологии совершил А.С. Макаренко ?;

1) Способность понимать других людей, умение строить, поддерживать и развивать межчеловеческие отношения – это проявления житейского опыта человека, не имеющие под собой научных знаний, умений и

навыков. Поэтому студенты психологических факультетов от непсихологов по данным основаниям не различаются. Второй факт обусловлен несколькими моментами: Во-первых, на факультеты клинической психологии очень часто поступают молодые люди, имеющие проблему в психическом развитии, стремящиеся решить ее в процессе обучения. Погружение в профессию, требующую большого внутреннего ресурса, приводит к обострению проблем психического характера. Во-вторых, знакомство с различной симптоматикой психического нездоровья обуславливает излишнее самокопание и обнаружение данных проявлений у себя. Третий факт скорее относится к житейской психологии: очень часто человек бывает хорошим психологом «по жизни» - «схватывает» специфические черты характера окружающих, подмечает наиболее важные стороны индивидуальности. Психолог-профессионал должен знать закономерности развития психического, уметь обсуждать проблемы человека, особенности его характера на научном языке с использованием понятий. При этом целостность человеческого характера, его уникальность теряется за формулировками.;

2) Макаренко дал интересный психолого-педагогический анализ ложных видов родительского авторитета. Им он противопоставлял истинный авторитет, главным основанием которого является жизнь и работа родителей, их гражданское лицо и поведение, требовал, чтобы родители честно и разумно руководили своими детьми, сознавали свою ответственность перед обществом за их воспитание.;

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

5. Какие факторы, влияющие на развитие психики в филогенезе, описаны под цифрами 1 и 2.

Вопрос 1: Переход из жизни в гомогенной среде к наземному образу жизни?;

Вопрос 2: Усложнения анатомического строения - конечностей, появление и развитие нервной системы и головного мозга. Чем сложнее форма психического отражения, тем сложнее поведение?;

1) Внешние факторы;

2) Внутренние факторы;

Компетенции: УК-5.2, УК-6.5

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Роль психики в биологической эволюции.

2. Связь элементарной сенсорной психики с инстинктивным поведением животных.

3. Связь перцептивной психики с индивидуально-изменчивым поведением животных.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Нуркова, В. В. [Общая психология](#) : учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 524 с. - Текст : электронный.

- **дополнительная:**

Маклаков, А. Г. [Общая психология](#) : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. - Санкт-Петербург : Питер, 2020. - 583 с. - Текст : электронный.

- **электронные ресурсы:**

Общая психология (курс лекций МГУ)

(<https://www.youtube.com/watch?v=zWCKjoo6hNI&list=PLt3fgqeygGTVk5khY228EBHujarUgyLfv>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть первая (<https://www.youtube.com/watch?v=LwCoUz95J2o>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть вторая (<https://www.youtube.com/watch?v=si2iZPUoZz4>)

1. Тема № 3. Психология деятельности. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.3, УК-6.1)

2. Разновидность занятия: практическое

3. Методы обучения: исследовательский

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о психологии деятельности, понимания необходимости знания сменяющих друг друга поочередно видов деятельности человека, закрепление базовых предметных категорий, формирование профессиональной позиции.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** оценки ситуации с учетом условий, средств, личностных возможностей, этапов карьерного роста, временной перспективы развития деятельности, требований рынка труда и т.д., **уметь** высказывать собственную точку зрения на факторы развития психического процесса, **владеть** способностью анализировать различные позиции на психические познавательные процессы

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** аудитория №2

- **оснащение занятия:** видеопроектор, наглядные пособия, ноутбук, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	20.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	40.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	35.00	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5	Самостоятельная работа	60.00	Выполнение задания.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	25.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	25.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	225	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Нормальное состояние человека, если он только не спит, - активное, деятельное состояние. Человек постоянно действует, что-то делает, чем-то занят (трудится, играет, учится, общается с людьми).

Деятельность — это активность человека, направленная на достижение сознательно поставленных целей, связанных с удовлетворением его потребностей и интересов, регулируемая осознанной целью.

Отличие деятельности человека от поведения животных.

1. Деятельность человека носит сознательный характер — человек осознает цель и способы ее достижения, предвидит результат.
2. Деятельность человека связана с изготовлением, употреблением и хранением орудий труда.
3. Деятельность человека носит общественный характер, она осуществляется, как правило, в коллективе и для коллектива. В процессе деятельности человек вступает в сложные отношения с другими людьми.
4. Деятельность человека не обязательно связана с биологическими мотивами.
5. Деятельность человека не определяется только наглядными впечатлениями.
6. Деятельность человека формируется путем усвоения общественного опыта.

Поведение животных не носит ни сознательного, ни общественного характера. Даже высшие животные не планируют своего поведения, не употребляют орудий труда.

Прежде всего в структуре деятельности выделяют цели и мотивы.

Если нет цели, то нет и деятельности. Деятельность вызывается определенными мотивами, причинами, которые побудили человека поставить перед собой ту или иную цель и организовать деятельность по достижению этой цели.

Цель - это то, ради чего действует человек.

Цель - это то, что реализует человеческую потребность и выступает в качестве образа конечного результата

деятельности.

Побудителем к деятельности выступает мотив. Мотив – это то, почему действует человек. Мотивами могут быть разнообразные потребности, интересы, установки, привычки, эмоциональные состояния. Многообразие деятельности человека порождает и многообразие мотивов. В зависимости от мотивов люди по-разному относятся к своей деятельности. Мотив – это то, что побуждает человека к деятельности и придает его деятельности осмысленность.

Становление внутренней (психической) деятельности происходит постепенно. Ребенок сначала совершает действия с предметами и лишь со временем приобретает способность совершать те же действия в уме.

Процесс преобразования внешних, предметных действий во внутренние, умственные называют интериоризацией.

В результате интериоризации психика человека приобретает способность оперировать предметами или явлениями, отсутствующими в поле его зрения, а сам человек получает возможность регулировать поведение и деятельность, основываясь не только на собственном опыте, но и на опыте всего человечества. В таком случае происходит процесс, обратный интериоризации – экстериоризация.

Экстериоризация – переход от внутреннего, умственного плана действия к внешнему, реализуемого в форме приемов и действий с предметами.

В структуре деятельности выделяют несколько уровней: действия, операции, психофизиологические функции.

Составную часть или отдельный акт деятельности называют действием.

Действие – это относительно завершённый элемент деятельности, направленный на достижение определенной промежуточной осознаваемой цели. Различают следующие действия: рефлекторные, инстинктивные, импульсивные, волевые. При изучении поведения человека обычно выделяются два вида действий: волевые и импульсивные.

Действия бывают вполне осознанны, когда поставлена и осознана цель, намечен порядок и последовательность движений и предполагаются определенные результаты действия (волевые). Действия не вполне осознанны, когда недостаточно осознана цель, последовательность движений и контроль. Такие малоосознанные действия, производимые под влиянием сильных чувств, сильнодействующих раздражителей, называют импульсивными. Основное отличие импульсивного действия от волевого заключается в отсутствии в импульсивном действии сознательного контроля, тогда как в волевом действии этот сознательный контроль присутствует.

«Импульсивное действие возникает по преимуществу тогда, когда влечение выключилось из инстинктивного действия, а волевое действие еще не организовано или уже дезорганизовано.» (С. Л. Рубинштейн)

Действия характеризуются следующими особенностями:

1. Действия в качестве необходимого компонента включают акт сознания в виде постановки и удержания цели.
2. Внешние действия неразрывно связаны с сознанием.
3. Через понятие «действие» утверждается принцип активности.
4. Действия могут быть:
 - внешними (привлеченными или предметными), выполняемыми в развернутой форме с участием двигательного аппарата и органов чувств.
 - внутренними (умственными), выполняемыми в уме.

Предметные действия – это действия, направленные на изменение состояния или свойств предметов внешнего мира. Они складываются из определенных движений.

Все они в большинстве случаев складываются из трех относительно простых: взять (поднять), переместить, опустить.

В психологии принято выделять еще и другие внешние действия: речевые, выразительные (мимика и пантомимика), моторные (перемещение предметов) и т. д.

Во всех случаях необходима координация движений и согласованность действий друг с другом.

Умственная деятельность человека подразделяется на:

1. перцептивную (perceptio – восприятие), посредством которой формируется целостный образ восприятия предметов или явлений.
2. мнемическую, которая входит в состав деятельности запоминания, удерживания и припоминания какого-

либо материала.

3. мыслительную, при помощи которой происходит решение мыслительных задач.
4. имажитивную (image – образ), т. е. деятельность воображения в процессе творчества.

Всякая деятельность включает в себя и внутренний и внешний компоненты.

Связь внешних и внутренних действий расширяет познавательные возможности человека, человек приобретает способность оперировать образами предметов, которые в данный момент отсутствуют в его поле зрения.

Второй уровень структуры деятельности – операции. Каждое действие состоит из системы движений или операций, подчиненных определенной цели. Операции характеризуют частичную сторону выполнения действий, они мало осознаются или не осознаются. Операции могут возникнуть в результате непосредственного подражания или путем автоматизации действий.

Третий уровень – уровень психофизиологических функций. На этом уровне включается физиологическое обеспечение процесса деятельности.

В результате многочисленных исследований показано, что выполнение предметных действий всегда включает чувственный (сенсорный) контроль и корректировку движений на основе чувственных ориентиров, информирующих мозг о состоянии внешней среды, т. е. на установление обратной связи.

Компонентами действий являются движения. Движение – это составляющая часть действия, направленного на предмет и им обусловленного.

Различают движения произвольные и произвольные. Произвольное движение совершается бессознательно, автоматически, без участия волевого акта. Произвольное движение выполняется сознательно, в соответствии с той или иной задачей, целью, которые стоят перед человеком, подчиняются воле.

Характеристика произвольных движений, предложенная И.П.Сеченовым.

1. Все элементарные движения рук, ног, головы и туловища, также как и все комбинированные движения, заучиваемые в детстве (ходьба, беганье, речь, движения глаз при смотреии и т. д.), становятся подчиненными воле уже после того, как они заучены.
2. Чем заученнее движение, тем легче подчиняется оно воле, и наоборот (крайний случай – полное безвластие воли над мышцами, которым практическая жизнь не дает условий для упражнений).
3. Власть воли во всех случаях касается только начала или импульса к акту и конца его, само же движение происходит без всякого дальнейшего вмешательства воли, являясь реальным повторением того, что много раз делалось в детстве (когда о вмешательстве воли в акт деятельности не было и речи).

Основные свойства движений:

1. Скорость – быстрота прохождения траекторий.
2. Сила.
3. Темп – количество движений за определенный промежуток времени, зависящий не только от скорости, но и от интервалов между движениями.
4. Ритм (временной, пространственный и силовой).
5. Точность и меткость.
6. Пластичность и ловкость.

Моторика неразрывно сплетена со всей психической жизнью человека.

Основными видами движения являются:

Движения позы – движения мышечного аппарата (так называемые статические рефлексy), обеспечивающие поддержание и изменение позы тела, что достигается путем активной тонической напряженности мышц.

Локомоции – движения, связанные с передвижением. их особенности выражаются в походке, осанке, в которых явно отражается психический облик человека, или некоторые его черты.

Выразительные движения лица и всего тела (мимика и пантомимика), непосредственные проявления эмоций.

Семантические движения – носители определенного значения, которые на каждом шагу вплетаются в нашу жизнь (утвердительный или отрицательный жест головой, поклон, кивок головой и снятие шляпы, рукопожатие, поднятие руки при голосовании, рукоплескание и т. п.).

Речь как моторная функция в ее динамическом аспекте, который является и носителем, и в конечном счете также компонентом ее семантики.

Рабочие движения, различные в разных видах трудовых операций и профессиональной деятельности, включая и особо тонкие и совершенные, виртуозные движения — пианиста, скрипача, виолончелиста и т. д.

Произвольные движения человека, которыми он обычно осуществляет те или иные свои действия, не могут остаться вне поля зрения психологии.

Проблема изучения движений опирается на два положения. (С. Л. Рубинштейн).

1. Движение не только эффекторное образование, не продукт только эффекторных двигательных импульсов, оно управляется также сенсорными сигналами, которые определяются задачами.
2. Произвольное движение человека совершает не орган сам по себе, а человек. Результатом этого движения является не только функциональное изменение состояния органа, а тот или иной предметный результат, изменение жизненной ситуации, решение той или иной задачи. Поэтому движение, посредством которого человек осуществляет то или иное действие, связано с личностными установками, с отношением к решаемой задаче. Когда меняется личностная установка, меняется и двигательная сфера. Поэтому изучение двигательной сферы является предметом психофизиологического исследования.

Механизм планирования, контроля и регулирования действий исследовали отечественные и зарубежные физиологи и психологи, такие как П. К. Анохин, Э. А. Афатын, Н. А. Бернштейн, У. Эшби и др. В их исследованиях показано, что цель всякого действия представлена в сознании в виде психологического образа. Обратная связь обеспечивает корректировку действий по ходу его выполнения. Этот механизм назван акцептором действия.

Учение о построении движений, разработанное Н. А. Бернштейном, исходит из того, что конечный результат активности мышц определяется не только ее возбуждением, но и действиями других факторов.

Эти факторы могут выступать:

- в форме внешних сил (величина поднимаемой тяжести, сопротивление отталкиваемого предмета и т. п.).
- в форме реактивных сил (сила отдачи при действии мышечной силы, приложенной к одному из звеньев конечности).

Таким образом, для достижения определенного двигательного результата необходимо, чтобы посылаемые в каждый данный момент эффекторные двигательные импульсы корректировались в соответствии с изменениями этих динамических факторов. Этот принцип, предложенный П. А. Бернштейном получил название принципом сенсорной коррекции.

Во всякой деятельности можно выделить следующие этапы.

Этап постановки цели (ясное осознание конкретной задачи).

Этап планирования (выбор наиболее рационального способа действия).

Этап выполнения, осуществления деятельности (сопровождается текущим контролем и перестройкой деятельности в случае необходимости).

Проверка результатов, исправление ошибок, если они были.

Сопоставление полученных результатов с запланированными.

Подведение итогов работы и ее оценка.

Всякая деятельность включает в себя различные структурные элементы.

К структурным элементам деятельности относятся: навыки, умения, привычки.

Навык — это способ выполнения действий, ставший в результате упражнений автоматизированным. Другими словами, навык — это способность в процессе целенаправленной деятельности выполнять составляющие ее частные действия автоматизированно, без специально направленного на них внимания, но под контролем сознания.

Внешние признаки успешного процесса формирования навыков:

- объединение ряда частных действий в более быстро выполняемое целостное действие.
- устранение лишних движений или умственных операций и излишнего напряжения.

- ослабление при движении роли зрительного контроля и увеличение роли двигательного контроля за техникой выполнения.
- возможность выполнения действий разными способами.

Навыки могут быть умственными, сенсорными (навыки восприятий), двигательные (моторные) и волевые.

Навыки и умения, приобретенные человеком, влияют на формирование новых навыков и умений. Это влияние может быть как положительным (перенос), так и отрицательным (интерференция).

Интерференция навыка – это ослабление новых навыков под влиянием ранее выработанных, обусловленное их сходством.

Сущность переноса состоит в том, что выработанный ранее навык облегчает приобретение сходного навыка.

Каждый навык проходит ряд этапов в процессе его формирования. Этот процесс называется автоматизацией навыка.

К. К. Платонов выделяет шесть этапов формирования навыка.

Начало осмысления навыка. Для этого этапа характерно отчетливое понимание цели, но смутное понимание способов ее достижения. Допускаются грубые ошибки при попытках выполнения действий.

Сознательное, но неумелое выполнение действия. Наблюдается отчетливое понимание того, как надо выполнять действие, но неточное, неустойчивое выполнение его, несмотря на интенсивную концентрацию произвольного внимания.

Автоматизация навыка. Все более качественное выполнение действий при временах ослабевающим произвольном внимании и появлении возможности его распределения. устранение лишних движений. появление положительного переноса навыка.

Высокоавтоматизированный навык. Точное, экономичное, устойчивое выполнение действия, ставшее средством выполнения другого, более сложного действия.

Для сохранения навыка им следует систематически пользоваться. В противном случае возникает деавтоматизация.

Деавтоматизация (необязательный). Ухудшение выполнения действия, возрождение старых ошибок. Ослабление связей за счет угасательного торможения, общего снижения тонуса коры или отрицательной индукции.

Вторичная автоматизация. Восстановление особенностей четвертого этапа.

Навык может быть сформирован разными путями:

через простой показ.

через объяснение.

через сочетание показа и объяснения.

Во всех случаях необходимо осознать схему действия и место в нем каждой операции.

Умение – способность осознанно выполнить определенное действие. Умения всегда опираются на знания. Любое умение включает в себя представления, понятия, знания, навыки концентрации, распределения и переключения внимания, навыки восприятий, мышления, двигательные навыки и пр.

Знания – это система понятий, усвоенных человеком. Физиологическим механизмом знаний является система временных связей, в образовании которой основное значение имеет деятельность коры головного мозга. Психологически в основе знаний лежат процессы мышления и памяти.

Умения образуются лишь на основе знаний и навыков.

Наиболее успешно умения формируются при следующих основных условиях:

- четко определенных целях деятельности в смысле результата действий и цели упражнений (т. е. каких показателей действий надо достичь в процессе упражнений).
- понимании правил и последовательности выполнения действий, направленных на достижение цели деятельности.
- ясном представлении техники выполнения действий и их конечного результата, т. е. образца, которого

следует достичь при постоянном самоконтроле качества действий путем сличения их результатов со сложившимся в представлении или зрительно воспринимаемым образом.

- своевременном обнаружении отклонений, ошибок и брака в работе и внесении поправок в свои действия при следующих повторениях этих действий.
- правильной самооценке успехов в достижении конкретной цели деятельности и цели упражнений в смысле совершенствования осваиваемых действий.

Привычка – это компонент действия, в основе которого лежит потребность. Они могут в известной степени сознательно контролироваться, но далеко не всегда бывают разумными и полезными (дурные привычки).

Привычка – это действие или элемент поведения, выполнение которых стало потребностью.

Многие привычки формируются в детстве, в процессе воспитания и накопления жизненного опыта.

Пути формирования привычек:

1. через подражание.
2. в результате многократного повторения действия.
3. через сознательные целенаправленные усилия, например путем положительного подкрепления желательного поведения через материальный предмет, словесную оценку или материальный образ.

9. Вопросы по теме занятия

1. Дайте определение термину "умение"?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

2. Что изучает психология деятельности?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

3. Перечислите компоненты структуры деятельности?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

4. Дайте определение термину "навык"?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

5. Какие виды навыков выделяют?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СПОСОБНОСТИ - ЭТО:

- 1) сумма знаний, умений и навыков;
- 2) индивидуально-психологические особенности личности, являющиеся условием успешного выполнения той или иной продуктивной деятельности;
- 3) накопленный личностью опыт;
- 4) знания, реализуемые в конкретной деятельности;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

2. СРЕДИ СПОСОБНОСТЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ:

- 1) природные и специфические человеческие;
- 2) первичные и вторичные;
- 3) общие и специальные;
- 4) реализуемые и нереализуемые;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

3. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

- 1) пассивность, вялость, безразличие;
- 2) игра, учение, труд;
- 3) настроение, стресс, чувства;
- 4) апатия, депрессия, аффект;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

4. МОТИВЫ ДЕЛЯТСЯ НА:

- 1) осознаваемые и неосознаваемые;
- 2) продуктивные и непродуктивные;
- 3) обобщенные и необобщенные;
- 4) практические и теоретические;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

5. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ - ЭТО:

- 1) динамическая система взаимодействия субъекта с лицом;
- 2) конечный результат мыслительных операций;
- 3) совокупность индивидуальных психических свойств;
- 4) исходная форма активности живых организмов;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В.А.Иванников, представляя обзор подходов к анализу деятельности, приводит следующий пример. В школе во втором классе обучаются отличница Л. и двоечник-троечник П. Оба учащихся ходят в школу, готовят дома уроки, отчитываются за учебу в школе. Но тестирование и наблюдение могут подтвердить наличие у Л. учебной и познавательной мотивации и отсутствие их у П. Мотив учебы П. - избегать наказаний за плохую учебу.

Вопрос 1: При технологическом анализе такая учебная по содержанию активность Л. и П. есть учебная деятельность. Но по теории А.Н.Леонтьева их активность будет рассматриваться иначе. Как?;

Вопрос 2: Что из себя представляет понятие деятельность?;

- 1) Психологическая теория деятельности через понятие действия вводит принцип активности, противопоставляя его принципу реактивности. Понятие «реактивность» подразумевает ответное действие или реакцию на воздействие какого-либо стимула. Формула «стимул-реакции» является одним из основных положений бихевиоризма. С этой точки зрения активен воздействующий на человека стимул. Активность с точки зрения теории деятельности есть свойство самого субъекта, т.е. характеризует человека. Источник активности находится в самом субъекте в форме цели, на достижение которой направлено действие. Само по себе действие не может рассматриваться как тот элемент начального уровня, из которого формируется деятельность. Действие - это сложный элемент, который часто сам состоит из многих более мелких. Такое положение объясняется тем, что каждое действие обусловлено целью. Цели человека не только разнообразны, но и разномасштабны. Есть крупные цели, которые делятся на более мелкие частные цели, а те, в свою очередь, могут делиться на еще более мелкие частные цели и т.д.;

- 2) Деятельность - это активный, целенаправленный процесс (принцип активности).;

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

2. В нижеследующих ситуациях выделите структурные компоненты деятельности.

Вопрос 1: Желая хорошо выглядеть на свадьбе своей подруги, девушка с усердием шьет себе модное красивое платье по снятой ею из журнала выкройке.;

Вопрос 2: Чтобы порадовать и удивить своих гостей, хозяйка изучает кулинарные книги и обзванивает знакомых в поисках «экзотических» рецептов.;

- 1) Мотив - цель - хорошо выглядеть на свадьбе своей подруги, условия выполнения - выкройка журнала, деятельность - шьет платье.;
- 2) Мотив - порадовать и удивить своих гостей, действия - изучает кулинарные книги и обзванивает знакомых в поисках «экзотических» рецептов.;

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Деятельностная теория: возникновение и развитие (А.Н.Леонтьев, П.Я.Гальперин, В.В.Давыдов).

2. Особенности становления ведущей деятельности в онтогенезе человека.

3. Аналитический обзор статей за последний год.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Нуркова, В. В. [Общая психология](#) : учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 524 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Маклаков, А. Г. [Общая психология](#) : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. - Санкт-Петербург : Питер, 2020. - 583 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общая психология (курс лекций МГУ)

(<https://www.youtube.com/watch?v=zWCKjoo6hNI&list=PLt3fgqeygGTVk5khY228EBHujarUgyLfv>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть первая (<https://www.youtube.com/watch?v=LwCoUz95J2o>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть вторая (<https://www.youtube.com/watch?v=si2iZPUoZz4>)

1. **Тема № 4.** Темперамент и характер человека. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.1, УК-6.5)

2. **Разновидность занятия:** практическое

3. **Методы обучения:** частично-поисковый (эвристический)

4. **Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о темпераменте человека, знакомство с базовыми типологиями и фундаментальными свойствами, характеризующих динамические особенности протекания психических процессов и поведение человека.

5. **Цели обучения**

- **обучающийся должен знать** особенностей организации и ведения конструктивно равноправного взаимодействия с людьми с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции., **уметь** высказывать собственную точку зрения на факторы развития психического процесса, **владеть** возможными способами подбора методов и методик исследования адекватно психическому процессу

6. **Место проведения и оснащение занятия:**

- **место проведения занятия:** аудитория №2

- **оснащение занятия:** видеопроектор, наглядные пособия, ноутбук, экран

7. **Структура содержания темы** (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	20.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	40.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	35.00	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5	Самостоятельная работа	60.00	Выполнение задания.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	25.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	25.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	225	

8. **Аннотация** (краткое содержание темы)

Термин «**темперамент**» в переводе с латинского языка означает «**надлежащее соотношение частей**». В Древней Греции предполагали, что темперамент зависит от соотношения четырех жидкостей организма — крови, желчи, лимфы и флегмы. Преобладание в организме одной из этих жидкостей определяет у человека тип темперамента. Соответственно было выделено четыре типа темперамента — сангвинический, холерический, меланхолический, флегматический. Темперамент определял различия людей в поведении прежде всего в **динамических аспектах**. Из античности идут характеристики каждого из типов темперамента, которые сохраняют свое значение в психологии обыденной жизни, в житейской психологии до сих пор.

И.П.Павлов (1849 - 1936) — русский физиолог, лауреат Нобелевской премии;

основоположник экспериментального изучения высшей нервной деятельности (ВНД) животных и человека методом условных рефлексов; результаты его исследований и его последователей были использованы при создании кибернетических систем, моделирующих некоторые аспекты работы мозга.

В научной психологии представление о темпераменте как обусловленном сочетанием жидкостей в организме получило наименование **гуморальной (жидкостной) теории** индивидуальных различий людей. Первые представления о темпераменте в настоящее время представляют лишь исторический интерес. Вместе с тем выделение четырех основных типов темперамента способствовало возникновению идей о возможности **типизации** поведенческих характеристик людей. Поворотный пункт в изучении темперамента произошел в начале 30-х гг. XX в. благодаря работам **И.П.Павлова**. Он впервые высказал мысль о том, что в основе темперамента лежат не свойства жидкостей, не телосложение человека, а особенности функционирования нервной системы, а точнее — **основные свойства нервной системы**. Концепция основных свойств нервной системы И.П.Павлова исходит из положения о существовании у высокоорганизованной нервной системы ряда свойств (параметров, черт, «измерений»), характеризующих динамику протекания в ней нервных процессов **возбуждения и торможения**. Комбинация этих свойств составляет **нейрофизиологическую основу** разнообразных психологических проявлений с их

индивидуальными вариациями.

Достоинство данного подхода виделось его основателям в том, что в качестве отправного момента здесь брались не побочные и вторичные признаки биологической организации, а признаки ведущей системы человеческого организма — **центральной нервной системы**.

Процесс возбуждения - свойство живых организмов, активный ответ возбудимой ткани на раздражение, процесс переноса информации о свойствах поступающих извне раздражений.

В работе И.П.Павлова и его учеников были выделены три основных свойства нервной системы: **сила** возбуждения и торможения, их **подвижность**, т.е. способность быстро сменять друг друга, **уравновешенность** между возбуждением и торможением. На основе учения о свойствах нервной системы И.П.Павлов разработал учение **отипах высшей нервной деятельности** (ВНД). Типология высшей нервной деятельности включала в себя четыре основных типа и совпадала с античной классификацией темпераментов. По сути дела, И.П.Павлов подвел научную, физиологическую базу под классические четыре типа темперамента. Согласно его подходу, **сангвиник** обладает сильным, уравновешенным, подвижным типом нервной системы;

холерик — сильным, подвижным, но неуравновешенным типом нервной системы; **флегматик** — сильным, уравновешенным, но инертным типом высшей нервной деятельности; **меланхолик** — слабым типом ВНД.

Процесс торможения - активный, неразрывно связанный с возбуждением процесс, приводящий к задержке деятельности нервных центров или рабочих органов.

В работах последователей И.П.Павлова при изучении нейрофизиологических основ темперамента и индивидуальных различий людей были уточнены и развиты представления о свойствах нервной системы человека. **Б.М. Теплов** считал неправомерным свести многообразие индивидуальных различий к четырем типам: «стремление свести все типологические вариации к четырем основным типам, и в лучшем случае переходам между ними, не может способствовать успеху исследования». **В.Д.Небылицын** отмечал, что «нет никаких данных в пользу того, что какие-то сочетания свойств нервной системы являются типичными или хотя бы преобладающими. Тем более нет никаких оснований считать, что таких типичных сочетаний существует только четыре и что основной задачей экспериментатора, работающего в данной сфере исследования, является разбивка испытуемых на четыре типа».

Б.М.Теплов и В.Д.Небылицын полагали, что учение о классификации типов высшей нервной деятельности И.П.Павлова было очевидным шагом назад по сравнению с его же идеей об основных свойствах нервной системы. Этими же исследователями были открыты новые свойства нервной системы. Одно из них — **динамичность** (от этого свойства зависит легкость, скорость образования временных нервных связей); другое — **лабильность** (от этого свойства зависит скорость возникновения и прекращения нервного процесса). Выделение этих новых свойств стало важным шагом на пути изучения психофизиологии индивидуальных различий. Исследования в этом направлении продолжают.

Б.М.Теплов (1896-1965) - отечественный психолог, активно разрабатывал проблемы способностей и одаренности, практического интеллекта и личности, индивидуально-психологических особенностей человека.

В.Д.Небылицын (1930-1972) - отечественный психолог, разработал новое направление в современной психологии - дифференциальную психофизиологию, изучающую свойства нервной системы, их структуру и взаимосвязь с индивидуальными психологическими различиями.

Другой важный вопрос изучения темперамента - **вопрос о соотношении биологических свойств человека, его органической основы с психологическим «наполнением» темперамента**. В работах Б.М.Теплова, В.Д.Небылицына, В.С.Мерлина была развита концепция двухаспектности психики, суть которой состоит в выделении в психике человека двух аспектов: предметно-содержательного и формально-динамического.

Содержательный аспект психического представлен образами, идеями, отношениями, мотивами, смыслами, ценностями и т.д. Содержание психического складывается в результате взаимодействия человека с предметным миром, межличностного взаимодействия, реализации деятельности и общения.

Формально-динамические характеристики психического составляют черты и свойства психики человека, лежащие в основе его деятельности независимо от ее конкретных мотивов, целей, способов, отношений и проявляющиеся во «внешней картине поведения» (И.П.Павлов). Динамические особенности психики обуславливаются нейрофизиологическими свойствами организма человека. **Формально-динамические особенности психики человека и составляют то, что мы называем темпераментом.**

В работах отечественных психофизиологов были выделены две наиболее фундаментальные формально-динамические характеристики темперамента человека — **общая психическая активность и эмоциональность**. Основными показателями общей активности поведения человека являются темп, ритм, скорость, интенсивность, пластичность, сила, выносливость, энергичность и т.п. **Активность** — это прежде всего динамико-энергическая напряженность поведения человека, проявляющаяся в его взаимоотношениях с природным и социальным миром.

Эмоциональность человека включает в себя все богатство и разнообразие аффектов и настроений человека: впечатлительность, чувствительность, импульсивность, эмоциональную возбудимость, эмоциональную устойчивость, лабильность, а также доминирование одного из ведущих настроений (радости, гнева, страха и печали). Эмоциональность — это формально-динамическая составляющая темперамента, выражающая знак или характер отношения человека к предметному миру, обществу и к себе. Таким образом, **темперамент можно определить как формально-динамическую составляющую поведения человека, проявляющуюся в общей активности взаимодействия человека с окружающим миром и эмоциональном отношении к его процессу и результатам**.

В соответствии с этим подходом выделяются критерии для отнесения того или иного психологического свойства к темпераменту. Так, В.М.Русалов выделяет семь таких критериев. «Рассматриваемое психологическое свойство:

- 1) не зависит от содержания деятельности и поведения, т.е. отражает формальный аспект деятельности и поведения (является независимым от смысла, мотива, цели и т.д.);
- 2) характеризует меру динамического (энергического) напряжения и отношения человека к миру, людям, себе, деятельности;
- 3) универсально и проявляется во всех сферах деятельности и жизнедеятельности;
- 4) рано проявляется в детстве;
- 5) устойчиво в течение длительного периода жизни человека;
- 6) высоко коррелирует со свойствами нервной системы и свойствами других биологических подсистем (гуморальной, телесной и т.д.);
- 7) является наследуемым».

В психологии продолжается разработка реализующих психодинамические особенности темперамента физиологических, биологических основ.

Из понимания темперамента как формально-динамической характеристики психического следует неправомерность аксиологического («оценочного») подхода к нему. **Не существует «хороших» и «плохих» темпераментов, каждый темперамент в конкретных видах деятельности имеет как свои достоинства, так и недостатки**. Нередко слабый тип нервной системы оценивается негативно. Однако исследования Б.М.Теплова показали важное преимущество слабого типа нервной системы — **высокую чувствительность**, совершенно необходимую в ситуациях деятельности, требующей тонкой дифференцировки раздражителей. В.С.Мерлин специально отмечал равноценность «свойств общего типа нервной системы» и широчайшие возможности компенсации человека с разными типами ВНД к различным видам профессиональной деятельности.

С последним обстоятельством связана еще одна проблема исследования темперамента — **проблема учета и овладения психодинамическими характеристиками поведения человека в различных видах деятельности**. Существование в психике человека устойчивых динамических, энергетических характеристик, формирующихся на основе биологических факторов, позволяет человеку наиболее **оптимально расходовать свои энергетические возможности**. Зная свои энергетические особенности, человек может осознанно регулировать режим, ритм, интенсивность различных видов деятельности. В психологических исследованиях В.С.Мерлина, Е.А.Климова проблема учета и овладения индивидом своими психодинамическими особенностями связывается с выработкой им **индивидуального стиля деятельности**.

Изучение в научной психологии темперамента имеет длительную историю. Однако и по настоящий день в этой проблеме много неясного и противоречивого. Продолжают обсуждаться вопросы о самой возможности типологизации людей, о количестве человеческих типов, о соотношении типического и индивидуального в человеке, о природных основах различий в поведении людей и т.д. Эти проблемы исследуются в антропологии, в физиологии, в нейрофизиологии и дифференциальной психологии.

Опросник формально-динамических свойств индивидуальности (ОФДСИ) В.М.Русалова.

Предлагается ответить на 150 вопросов, направленных на выяснение вашего обычного способа поведения. Постарайтесь представить самые типичные ситуации и дайте первый естественный ответ, который придет вам на ум. Отвечайте быстро и точно. Помните, что нет «плохих» и «хороших» ответов. Поставьте «крестик» или «галочку» в той графе бланка для ответов, которая соответствует утверждению, наиболее правильно описывающему ваше поведение:

1 — не характерно, 2 — мало характерно,

3 — довольно характерно, 4 — характерно.

- Я часто испытываю потребность в движении.
- Я не ищу новых решений известных проблем.
- Я постоянно хочу приобретать новые знания.
- В свободное время я с удовольствием занимаюсь физическим трудом.
- Я быстро считаю «в уме».
- Я сильно переживаю, когда сдаю экзамен менее успешно, чем ожидал(а).
- Я предпочитаю уединение большой компании.
- Мне легко одновременно выполнять несколько дел, например, смотреть телевизор и читать.
- Мне легко выполнять умственную работу, требующую длительного внимания.
- Я переживаю, когда выполняю задание не так, как следовало бы.
- Я — легок(ка) на подъем.
- Я огорчаюсь, когда обнаруживаю свои ошибки при выполнении интеллектуальной работы.
- Я легко переключаюсь с одного дела на другое, занимаясь ручной работой.
- Я быстро решаю арифметические задачи.
- Я без труда включаюсь в разговор.
- Я — подвижный человек.
- Я устаю от длительной умственной работы.
- Я легко переключаюсь с решения одной проблемы на другую.
- Я предпочитаю быструю ходьбу.
- Моя речь медленна и нетороплива.
- Я часто высказываю свое мнение, не подумав.
- Я огорчаюсь, если мне не удастся что-то смастерить самому(ой).
- Я люблю интеллектуальные игры, в которых требуется быстрое принятие решения.
- Я испытываю неудобство из-за того, что у меня плохой почерк.
- Я часто испытываю опасение оттого, что могу не справиться с работой, требующей умственного напряжения.
- Я — ранимый человек.
- Я неохотно выполняю срочную умственную работу.
- Я часто не могу заснуть оттого, что мне не удастся найти решение какой-либо проблемы.
- Я всегда выполняю свои обещания независимо от того, удобно мне это или нет.
- Я огорчаюсь, поспорив с друзьями.
- У меня портится настроение, когда я долго не могу решить какую-либо проблему.
- Мне легко заниматься физическим трудом длительное время.
- Я чувствовал(а) бы себя дискомфортно, если бы на длительное время был(а) бы лишен(а) возможности общения людьми.
- Я никогда не опаздывал(а) на свидание или на работу.
- У меня много друзей и знакомых.
- Я регулярно читаю о новых достижениях науки и техники.
- Я сильно волнуюсь перед предстоящим экзаменом.
- Обычно мои мысли текут неторопливо.
- Мне нравится мастерить вещи своими руками.
- Я успешно выполняю работу, требующую тонких и скоординированных движений.
- Мне легко готовиться к нескольким экзаменам одновременно.
- Бывает, что я говорю о вещах, в которых не разбираюсь.
- Моя речь часто опережает мои мысли.
- Я склонен(на) преувеличивать свои неудачи, связанные с умственной деятельностью.
- Я люблю участвовать в спортивных играх, требующих быстрых движений.
- Во время беседы мои мысли часто перескакивают с одной темы на другую.
- Мне легко было бы сдать два экзамена в один день.
- Я чувствую в себе избыток интеллектуальной энергии.
- Мне нравятся игры, требующие быстроты и ловкости движений.
- Мне трудно говорить быстро.
- Мне легко завязывать знакомства первым.
- Я испытываю досаду, когда у меня не хватает ловкости для участия в спортивных играх на отдыхе.

- Я быстро думаю, находясь в любой ситуации.
- Работа, требующая полной отдачи умственных сил, отталкивает меня.
- Я огорчаюсь от того, что пишу медленно и иногда не успеваю записывать необходимую информацию.
- Я переживаю, когда меня не понимают в разговоре.
- Я говорю свободно, без запинок.
- Я охотно выполняю физическую работу.
- Мне легко выполнять одновременно несколько заданий, требующих умственного напряжения.
- Я предпочитаю заниматься работой, не требующей большой физической нагрузки.
- Я сильно волнуюсь во время экзамена.
- Мне требуется много времени, чтобы разобраться в той или иной проблеме.
- Как правило, я не вступаю в общение с малознакомыми людьми.
- Я легко обучаюсь ремеслу (рукоделию).
- Мне нравятся задачи на смекалку.
- Я предпочитаю однообразную физическую работу.
- Нередко я конфликтую с друзьями из-за того, что говорю, не подумав.
- Я предпочитаю постоянно находиться среди людей.
- Я пишу быстро.
- Я быстро устаю от физической работы.
- Я — разговорчивый человек.
- Иногда я преувеличиваю негативное отношение к себе со стороны своих близких.
- У меня часто портится настроение из-за того, что сделанная мною вещь оказывается не совсем удачной.
- Я легко обижаюсь, если мне указывают на мои недостатки.
- Во время физической работы я часто делаю перерывы для отдыха.
- Мне нравится разнообразный ручной труд.
- Мне легко внести оживление в компанию.
- Я испытываю тревогу, переходя улицу перед движущимся транспортом.
- Мне легко провести прямую линию от руки (без линейки).
- Я могу, не раздумывая, задать вопрос незнакомому человеку.
- Меня раздражает быстрая речь собеседника.
- Я с удовольствием выполняю умственную работу.
- Я считаю свои движения медленными и неторопливыми.
- Многие считают меня физически сильным.
- Когда я оживленно рассказываю о чем-то, я прибегаю к мимике и жестам.
- У меня бывают мысли, которые мне не хотелось бы сообщать окружающим.
- Для подготовки к экзаменам я трачу времени меньше, чем другие.
- В моей речи много длительных пауз.
- Меня огорчает, что я физически менее развит(а), чем хотелось бы.
- Я сильно волнуюсь перед ответственным разговором.
- Я устаю, когда приходится долго говорить.
- Я чувствую в себе избыток физических сил.
- Движения моих рук быстры и стремительны.
- Я свободно чувствую себя в большой компании.
- Мне нравятся задачи, требующие постоянного переключения внимания.
- Я предпочитаю задания, не связанные с большой умственной нагрузкой.
- Я предпочитаю решить задачу до конца, прежде чем взяться за другую.
- Даже находясь в тесном кругу друзей, я остаюсь молчаливым.
- В работе по хозяйству я легко переключаюсь с одного дела на другое.
- Я считаю себя мастером на все руки.
- Я легко высказываю свои мысли в присутствии незнакомых людей.
- Я довольно быстро выполняю физическую работу.
- Меня огорчают незначительные ошибки, допущенные при решении какой-либо задачи.
- Я быстро читаю вслух.
- Я переживаю из-за того, что у меня нет достаточно выраженных способностей для овладения интересующим меня ремеслом.
- Я основательно планирую предстоящую умственную работу, чтобы избежать возможных ошибок.
- Я не отличаюсь оригинальностью в решении задач.
- Меня огорчает, что я недостаточно хорошо владею ремеслом (рукоделием).
- Я сильно волнуюсь, когда мне приходится выяснять отношения с друзьями.
- Я нуждаюсь в людях, которые меня ободряют и утешают.
- Я стараюсь избегать тяжелой физической работы.
- В свободное время меня тянет пообщаться с людьми.
- Я предпочитаю подумать, взвесить и лишь потом высказаться.

- На вечеринках и в компаниях я держусь обособленно.
- Я без особого труда смог(ла) бы начертить сложную геометрическую фигуру.
- В компании я обычно начинаю разговор первым.
- Я легко воспринимаю быструю речь.
- У меня медленные движения, когда я что-нибудь мастерю.
- Я быстро решаю головоломки.
- Длительная подготовка к экзаменам утомляет меня.
- Я иногда сплетничаю.
- Я предпочитаю выполнять физическую работу в быстром темпе.
- Мне нравится быстро говорить.
- Когда я выполняю работу, требующую тонкой координации движений, я испытываю некоторое волнение.
- Я люблю бывать в больших компаниях.
- Я не стараюсь избегать конфликтов.
- Я способен(а) выполнять длительную физическую работу без утомления.
- Мне приятны быстрые движения.
- Я люблю уединение.
- Мне легко настроиться на выполнение нового задания.
- Мне с трудом удалось бы сделать нужную вещь своими руками.
- Я считаю себя физически сильным человеком.
- Я предпочитаю работу, не требующую отдачи интеллектуальных сил.
- Мне трудно удержаться от высказывания неожиданно возникшей идеи.
- Я с легкостью могу обратиться с просьбой к другому человеку.
- Мне нравится работа, не требующая быстрых движений.
- Я предпочитаю медленный, спокойный разговор.
- Я испытываю чувство обиды от того, что окружающие меня люди, как мне кажется, обходятся со мной хуже, чем следовало бы.
- Умственная работа для меня более привлекательна, чем физическая.
- Обычно я дочитываю книгу до конца, прежде чем взяться за новую.
- В ручном труде меня раздражают малейшие неполадки.
- Я обычно медленно выполняю интеллектуальные задания.
- Я люблю много читать.
- Когда я что-то мастерю, я обращаю внимание даже на незначительные погрешности.
- Многие считают, что я — довольно сообразительный человек.
- В разговоре я легко обижаюсь по пустякам.
- Приступая к решению даже несложной задачи, я испытываю чувство неуверенности.
- При общении с людьми я часто чувствую себя неуверенно.
- Я легко пересматриваю свои решения и принимаю новые.
- Среди моих знакомых есть люди, которые мне явно не нравятся.

Ключ к обработке методики

Шкалы	Пункты
Эргичность психомоторная (ЭРМ)	1, 4, 32, 58, 60*, 70*, 75*, 84, 92, 111*, 127, 132.
Эргичность интеллектуальная (ЭРИ)	3, 9, 17*, 36, 48, 54*, 82, 96*, 120*, 133*, 139, 143.
Эргичность коммуникативная (ЭРК)	7*, 33, 35, 63*, 68, 77, 94, 98*, 112, 114*, 125, 129*.
Пластичность психомоторная (ПМ)	11, 13, 39, 40, 64, 66*, 76, 79, 99, 100, 115, 131*.
Пластичность интеллектуальная (ПИ)	2*, 8, 18, 41, 47, 59, 95, 97*, 107*, 130, 140*, 149.
Пластичность коммуникативная (ПК)	15, 21, 43, 46, 51, 67, 80, 101, 113*, 116, 134, 135.
Скорость психомоторная (СМ)	16, 19, 45, 49, 69, 83*, 93, 102, 118*, 122, 128, 136*.
Скорость интеллектуальная (СИ)	5, 14, 23, 27*, 38*, 53, 62*, 65, 87, 119, 142*, 145.
Скорость коммуникативная (СК)	20*, 50*, 57, 71, 81*, 85, 88*, 91*, 104, 117, 123, 137*.
Эмоциональность психомоторная (ЭМ)	22, 24, 52, 55, 73, 78, 89, 105, 108, 124, 141, 144.
Эмоциональность интеллектуальная (ЭИ)	6, 10, 12, 25, 28, 31, 37, 44, 61, 103, 106, 147.
Эмоциональность коммуникативная (ЭК)	26, 30, 56, 72, 74, 90, 109, 110, 126, 138, 146, 148.
Контрольная шкала (КШ)	29, 34, 42*, 86*, 121*, 150*

Примечание: звездочкой (*) отмечены пункты, требующие перекодирования (1 = 4) (2 = 3) (3 = 2) (4 = 1).

Перед обработкой необходимо убедиться, что ответы даны на все вопросы. Для подсчета баллов по той или иной шкале используются ключи. Вначале необходимо перекодировать некоторые ответы, указанные в ключе для данной шкалы. Подсчет баллов производится путем суммирования всех баллов по данной шкале. При обследовании

больших массивов испытуемых целесообразно сочетать бланковый метод с компьютерной обработкой данных. Полученная сумма баллов для каждой шкалы записывается в соответствующую графу на бланке. Кроме того, в бланке обязательно фиксируется ФИО, пол, возраст испытуемого, образование, род занятий или учебы, а также дата проведения обследования. Необходимо помнить, что испытуемые, имеющие по контрольной шкале 18 баллов и больше, из дальнейшей обработки исключаются, как не способные, в силу чрезмерной социальной желательности адекватно оценивать свое поведение.

Психомоторная сфера

<i>Низкие значения (12-25 баллов)</i>	<i>Средние значения (26-34 балла)</i>	<i>Высокие значения (35-48 баллов)</i>
Эргичность (ЭРМ)		
Узкая сфера психомоторной деятельности, низкий мышечный тонус, нежелание физического напряжения, низкая вовлеченность в процесс деятельности, избегание работы, двигательная пассивность.	Нормальный мышечный тонус, обычная двигательная активность. средневыраженное стремление к физическому напряжению, средняя мышечная работоспособность.	Высокая потребность в движении, «широкая» сфера психомоторной активности, жажда психомоторной деятельности, постоянное стремление к физическому труду, избыток физических сил, высокая мышечная работоспособность.
Пластичность (ПМ)		
Повышенная склонность к монотонной физической работе, боязнь, избегание разнообразных форм ручного труда, стремление к шаблонным способам физической деятельности, вязкость движений.	Типичная для человека гибкость при переключении с одной физической работы на другую, средневыраженная склонность к разнообразным формам двигательной активности и различным видам ручного труда.	Высокая гибкость при переключении с одних форм двигательной активности на другие, высокое стремление к разнообразным способам физической деятельности, плавность движений.
Скорость (СМ)		
Заторможенность психомоторики, низкая скорость двигательных операций при выполнении ручного труда.	Средняя скорость моторно-двигательных операций.	Высокий темп психомоторного поведения, высокая скорость в различных видах двигательной активности.
Эмоциональность (ЭМ)		
Низкая чувствительность (безразличие) к расхождению между задуманным моторным действием и реальным результатом этого действия. ощущение спокойствия, уверенности в себе при выполнении физической работы, отсутствие беспокойства в случае невыполнения или плохого выполнения физической работы.	Средневыраженная чувствительность к неудачам в ручном труде, возможному несовпадению задуманного и реального моторного действия. обычная интенсивность эмоционального переживания в случае неудач в физической работе.	Высокая чувствительность (сильное эмоциональное переживание) по поводу расхождения между ожидаемым и реальным результатом ручного труда, постоянное ощущение неполноценности продукта физической работы.

Интеллектуальная сфера

<i>Низкие значения (12-25 баллов)</i>	<i>Средние значения (26-34 балла)</i>	<i>Высокие значения (35-48 баллов)</i>
Эргичность (ЭРИ)		
Низкий уровень интеллектуальных возможностей, нежелание умственного напряжения, низкая вовлеченность в процесс, связанный с умственной деятельностью, узкий круг интеллектуальных интересов.	Средний уровень интеллектуальных возможностей, средневыраженное стремление к деятельности, связанной с умственным напряжением.	Высокий уровень интеллектуальных возможностей, высокий уровень способности к обучению, постоянное стремление к деятельности, связанной с умственным напряжением, легкость умственного побуждения.
Пластичность (ПИ)		
Вязкость мышления, стереотипный подход к решению проблем, ригидность в решении абстрактных задач.	Нормальная гибкость мышления, средняя выраженность стремления к разнообразным формам интеллектуальной деятельности.	Высокая гибкость мышления, легкий переход с одних форм мышления на другие, постоянное стремление к разнообразию форм интеллектуальной деятельности, творческий подход к решению проблем.
Скорость (СИ)		

Низкая скорость умственных процессов, замедленность выполнения операций при осуществлении интеллектуальной деятельности.	Средняя скорость умственных процессов при осуществлении интеллектуальной деятельности.	Высокая скорость умственных процессов при осуществлении интеллектуальной деятельности.
--	--	--

Коммуникативная сфера

Низкие значения (12-25 баллов)	Средние значения (26-34 балла)	Высокие значения (35-48 баллов)
Эргичность (ЭРК)		
Низкая потребность в общении, социальная пассивность, «узкий» круг контактов, уход от социальных мероприятий замкнутость.	Нормальная потребность в общении, «средний» круг контактов, средневыраженное стремление к установлению новых знакомств, средняя степень общительности.	Высокая потребность в общении, широкий круг контактов, тяга к людям, легкость в установлении социальных связей, стремление к лидерству.
Пластичность (ПК)		
Низкий уровень готовности к вступлению в новые социальные контакты, тщательное продумывание своих поступков в процессе социального взаимодействия, стремление к поддерживанию однообразных контактов, ограниченный набор коммуникативных программ.	Нормальная готовность к общению, типичное для среднего человека стремление к новым социальным контактам.	Легкость вступления в новые социальные контакты, легкость переключения в процессе общения, импульсивность в общении, широкий набор коммуникативных программ.
Скорость (СК)		
Низкая речевая активность, медленная вербализация, речевая заторможенность.	Обычная скорость речевой активности и вербализации.	Легкая и плавная речь, быстрая вербализация, высокая скорость речевой активности.
Эмоциональность (ЭК)		
Низкая чувствительность к, неудачам в общении, ощущение радости и уверенности в себе в процессе взаимодействия с другими людьми.	Среднеинтенсивное эмоциональное переживание в случае неудач в общении, типичная для человека чувствительность к оттенкам межличностных отношений. средневыраженная радость и уверенность в себе в процессе социального взаимодействия.	Высокая чувствительность (ранимость) в случае неудач в общении, ощущение постоянного беспокойства в процессе социального взаимодействия. неуверенность, раздражительность в ситуации общения.

Контрольная шкала (Кш)

Контрольная шкала варьируется от 6 до 24 баллов. При значениях *от 6 до 17 баллов* испытуемые характеризуются более или менее адекватным восприятием своего поведения. Испытуемые с высокими значениями по данной шкале (*18-24 балла*) из обработки исключаются, поскольку у них наблюдается явно неадекватная оценка поведения. В своих ответах они стремятся выглядеть лучше, чем есть на самом деле.

Индексы и типы

Для решения ряда научных и научно-практических задач необходимо учитывать не только значение того или иного отдельного формально-динамического свойства, но и индексы и *темпераментальные типы*, отражающие различную степень интеграции формально-динамических свойств индивидуальности. Исходя из содержания корреляционных и факторных связей между шкалами ОФДСИ, нами предложены следующие 6 наиболее важных индексов *формально-динамических свойств человека*.

Индексы активности

1. *Индекс психомоторной активности (ИПА)* равен сумме баллов активностных шкал в психомоторной сфере.

$$\text{ИПА} = \text{ЭРМ} + \text{ПМ} + \text{СМ}.$$

ИПА варьирует от 36 до 144. Среднее значение (норма) равно 90 +/- 12, т.е. от 78 до 102

2. *Индекс интеллектуальной активности (ИИА)* равен сумме баллов активностных шкал в интеллектуальной сфере.

ИИА = ЭРИ + ПИ + СИ.

ИИА варьирует от 36 до 144. Среднее значение (норма) равно 90 +/- 12, т.е. от 78 до 102.

3. *Индекс коммуникативной активности (ИКА)* равен сумме баллов активностных шкал в коммуникативной сфере.

ИКА = ЭРК + ПК + СК.

ИКА варьирует от 36 до 144. Среднее значение (норма) равно 90 +/- 12, т.е. От 78 до 102.

4. *Индекс общей активности (ИОА)* равен сумме баллов всех активностных шкал во всех трех сферах.

ИОА = ИПА + ИИА + ИКА.

ИОА варьирует от 108 до 432. Среднее значение (норма) равно 270 +/- 36, т.е. От 234 до 306.

Индекс общей эмоциональности

5. *Индекс общей эмоциональности (ИОЭ)* равен сумме всех эмоциональных шкал в трех сферах.

ИОЭ = ЭМ + ЭИ + ЭК.

Среднее значение (норма) равно 90 +/- 12, т.е. От 78 до 102.

Индекс общей адаптивности

6. *Индекс общей адаптивности (ИОАД)* равен разнице баллов между индексом общей активности и индексом общей эмоциональности.

ИОАД = ИОА - ИОЭ.

Индекс варьирует в пределах от -36 до 432. Среднее значение (норма) равно 180 +/- 48.

На основании вышеприведенных индексов, в принципе, можно выделить довольно большое количество вариантов темперамента. Классификация этих типов - дело будущих научных исследований, однако уже сейчас ориентировочно можно говорить о возможных 9 наиболее типичных вариантах (типах) формально-динамических свойств.

Дифференциальные типы

Для вычисления дифференциального типа темпераментального типа в определенной сфере поведения необходимо на оси ординат отложить значение индекса активности в данной сфере, а на оси абсцисс значение соответствующей эмоциональной шкалы.

Тип 1. Если значения по обеим шкалам выше нормы, т.е. активность выше 102, а эмоциональность выше 34, данный испытуемый относится к категории «**холерик**» в соответствующей сфере.

Тип 2. Если значения по обеим шкалам меньше нормы, т.е. активность меньше 70, а эмоциональность - меньше 26, то данный испытуемый - «**флегматик**».

Тип 3. Если у данного испытуемого активность выше нормы (т.е. выше 102), а эмоциональность - ниже нормы (т.е. ниже 26), то этот испытуемый - «**сангвиник**».

Тип 4. Если активность меньше нормы (т.е. меньше 78), а эмоциональность больше нормы, т.е. (больше 34), то испытуемый - «**меланхолик**» в соответствующей сфере.

Тип 5. Если испытуемый имеет «нормальное» значение по шкале активности, а по шкале эмоциональности его значения ниже нормы (т.е. меньше 26), данный испытуемый принадлежит к «**смешанному низкоэмоциональному**» типу.

Тип 6. Если испытуемый имеет «нормальное» значение по шкале активности, а по шкале эмоциональности его значения выше нормы (т.е. больше 34), данный испытуемый принадлежит к «**смешанному высокоэмоциональному**» типу.

Тип 7. Если испытуемый по шкале активности имеет значение выше нормы (т.е. выше 102), а по шкале

эмоциональности его значения находятся в пределах нормы, то данный испытуемый принадлежит к «**смешанному высокоактивному**» типу.

Тип 8. Если испытуемый по шкале активности имеет значение ниже нормы, а по шкале эмоциональности его значения находятся в пределах нормы, то данный испытуемый принадлежит к «**смешанному низкоактивному**» типу.

Тип 9. Если значения и активности и эмоциональности находятся в пределах нормы, то испытуемый принадлежит к «**неопределенному**» типу.

Общий тип темперамента

Вычисления общего типа проводятся аналогично вычислению дифференциального типа. Для этого на оси ординат отложить значения **ИОА** (*индекса общей активности*), а на оси абсцисс значение индекса **ИОЭ** (*индекса общей эмоциональности*). Названия типов те же, что и в случае дифференциальных типов.

Если оба значения выше нормы – «*холерик*», если оба значения меньше нормы – «*флегматик*». Если по шкале общей активности значение выше нормы, а по шкале общей эмоциональности ниже нормы – «*сангвиник*». Если общая активность ниже нормы, а общая эмоциональность выше нормы – «*меланхолик*». Если оба значения в пределах нормы – «*неопределенный*» тип. Если по активности значение в пределах нормы, а по общей эмоциональности выше нормы, то – «*смешанный высокоэмоциональный*» тип. Если по активности значение в пределах нормы, а по общей эмоциональности ниже нормы, то – «*смешанный низкоэмоциональный*» тип. Если по шкале общей активности значение выше нормы, а по общей эмоциональности в пределах нормы, то – «*смешанный высокоактивный*» тип. Если по шкале общей активности значение ниже нормы, а по общей эмоциональности в пределах нормы, то – «*смешанный низкоактивный*» тип.

9. Вопросы по теме занятия

1. Основоположник экспериментального изучения высшей нервной деятельности?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

2. Что в переводе с латинского языка означает термин "темперамент"?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

3. Кто такой Б.М.Теплов?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

4. Перечислите четыре основных типа темперамента?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

5. Дайте краткую характеристику сангвинику?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ХАРАКТЕРИСТИКА САНГВИНИКА:

- 1) обладает сильным, уравновешенным, подвижным типом нервной системы;
- 2) сильный, подвижный, но неуравновешенный типом нервной системы;
- 3) слабый тип ВНД;
- 4) сильный, уравновешенный, но инертный тип высшей нервной деятельности.;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

2. КАКОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ХОЛЕРИКА:

- 1) сильный, подвижный, но неуравновешенный тип нервной системы;
- 2) слабый тип ВНД;
- 3) сильный, уравновешенный, но инертный типом высшей нервной деятельности;
- 4) обладает сильным, уравновешенным, подвижным типом нервной системы.;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

3. ДАЙТЕ ХАРАКТЕРИСТИКУ МЕЛАНХОЛИКУ:

- 1) сильный, уравновешенный, но инертный тип высшей нервной деятельности;
- 2) слабый тип ВНД;
- 3) сильный, подвижный, но неуравновешенный тип нервной системы;
- 4) обладает сильным, уравновешенным, подвижным типом нервной системы;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

4. КАКОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ФЛЕГМАТИКА:

- 1) слабый тип ВНД;
- 2) сильный, уравновешенный, но инертный тип высшей нервной деятельности;
- 3) сильный, подвижный, но неуравновешенный тип нервной системы;
- 4) обладает сильным, уравновешенным, подвижным типом нервной системы;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

5. КТО ПОДВЕЛ НАУЧНУЮ, ФИЗИОЛОГИЧЕСКУЮ БАЗУ ПОД КЛАССИЧЕСКИЕ ЧЕТЫРЕ ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА:

- 1) И.П. Павлов;
- 2) Б.М.Теплов;
- 3) В.Д. Небылицын;
- 4) В.М. Бехтерев;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В работе «Эволюция психики» А.Н. Леонтьев пишет: «Неправильное противопоставление духа и материи выразилось в том, что мышление и всякая вообще внутренняя духовная деятельность с самого начала стала выдаваться не за то, что есть на самом деле. Эта деятельность выступила в психологии не как одна из исторически возникших форм осуществления реальной человеческой жизни, а как якобы особая активность, как особого рода процессы, принципиально противоположные процессам внешней практической деятельности и полностью независимые от нее».

Вопрос 1: А каково Ваше мнение, что такое мышление как одна из форм психической активности человека?;

Вопрос 2: Мышление- это психический процесс, свойство или состояние личности?;

- 1) Мышление как одна из форм психической активности человека – это процесс активной познавательной деятельности субъекта, позволяющий понимать то, что не дано человеку непосредственно в восприятии, посредством действий. Мышление связано с действием: действие – это первичная форма существования мышления, а первичный вид мышления – это мышление в действии и действием;
- 2) Психический процесс;

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

2. 1) Генерал считал, что противник прекрасно понимает тактическую выгоду для него (генерала) организации переправы возле этой маленькой деревушки. Значит, именно здесь противник сконцентрирует свою оборону. Поэтому счел правильным имитировать подготовку к форсированию реки здесь, а настоящую переправу осуществить в другом месте. 2) Чтоб собеседник нашу мысль постиг, нужней нам сердце, нежели язык (таджикская мудрость). 3) Народная учительница К.И.Муравьева говорит: «Я ведь вместе с ребятами живу — то становлюсь маленькая и глупенькая, как первоклашка, то постепенно делаюсь сознательным подростком, строю планы, правда, не о своей, а об их жизни, но это все равно... Дети маленькие, и я маленькая. Дети большие, и я большая» (Н.Н. Пospelов). 4) Сергей был удивительно догадлив. Он тут же стал отвечать на вопрос, который я не успел задать.

Вопрос 1: Какие стороны понимания другого человека в наибольшей степени проявляются в следующих высказываниях?;

Вопрос 2: В каких вариантах проявляется эмпатия?;

- 1) Рефлексия и эмпатия;
- 2) В высказываниях 2 и 3 — эмпатия;

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Способности, одаренность и талант: взаимосвязь и различия в этих явлениях.
2. Типы темперамента.
3. Проблемы исследования темперамента.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Нуркова, В. В. [Общая психология](#) : учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 524 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Маклаков, А. Г. [Общая психология](#) : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. - Санкт-Петербург : Питер, 2020. - 583 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общая психология (курс лекций МГУ)

(<https://www.youtube.com/watch?v=zWCKjoo6hNI&list=PLt3fgqeygGTVk5khY228EBHujarUgyLfv>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть первая (<https://www.youtube.com/watch?v=LwCoUz95J2o>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть вторая (<https://www.youtube.com/watch?v=si2iZPUoZz4>)

1. Тема № 5. Психология ощущения и восприятия. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.2, УК-6.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): рассмотрение структуры таких познавательных процессов, как ощущение и восприятие, знакомства с основными видами и свойствами ощущений, а также с особенностями восприятия.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** особенностей организации и ведения конструктивно равноправного взаимодействия с людьми с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции., **уметь** дифференцировать онтогенетические и филогенетические закономерности развития психики, **владеть** способностью анализировать различные позиции на психические познавательные процессы

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** аудитория №2

- **оснащение занятия:** видеопроектор, наглядные пособия, ноутбук, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	20.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	40.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5	Самостоятельная работа	50.00	Выполнение задания.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	40.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	15.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	225	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Ощущения и восприятия составляют начальный, исходный момент в процессе познания человеком мира и возникают лишь при непосредственном воздействии раздражителей на органы чувств. Первичным звеном познания являются именно ощущения.

Ощущение — это простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств, предметов и явлений внешнего мира, а также внутренних состояний организма при непосредственном воздействии раздражителей на соответствующие рецепторы. Физиологическим механизмом ощущений является механизм анализатора, при этом большое значение имеет обратная связь. Для того, чтобы охарактеризовать любое ощущение, необходимо выделить его основные свойства. К ним относятся: модальность и качество, интенсивность, временная и пространственная характеристики.

Модальность — качественная характеристика ощущений. В каждой модальности отражаются разнообразные качества, так, например, в зрительной представлены такие качества, например, как яркость и контраст, в слуховой — высота, тембр, громкость звука.

Интенсивность ощущений - классическая количественная характеристика ощущений. Она зависит от силы действующего раздражителя, от функционального состояния анализатора, а также от индивидуальных особенностей человека.

Временная характеристика дает сведения о длительности воздействия, необходимой для того, чтобы возникло ощущение. Пространственная характеристика определяется по минимальным размерам едва ощущаемого раздражителя, его расстоянию от рецептора, положению в сенсорном поле и той площадью, на которую воздействует раздражитель.

Наиболее общепринятой классификацией ощущений является классификация Шеррингтона, в которой ощущения делятся на 3 группы.

Экстерорецепторы — рецепторы внешней среды. Деятельность этих рецепторов направлена на распознавание воздействий внешнего мира. К этой группе относятся зрение, слух, обоняние, вкус, тактильные, температурные, болевые ощущения. Вторая группа - проприорецепторы, включает в себя органы чувств, отражающие движение и положение тела в пространстве. Она включает мышечно-суставные, или кинестетические, вибрационные, вестибулярные (ощущения равновесия и ускорения). Третья - интерорецепторы, т.е рецепторы, расположенные во внутренних органах.

Восприятие - психический процесс, заключающийся в отражении предмета или явления в целом при его непосредственном воздействии на рецепторные поверхности органов чувств.

Существует несколько свойств восприятия, а именно объем, точность, полнота, быстрота, константность, осмысленность, структурность, целостность, предметность, обобщенность и избирательность.

Объем восприятия - количество объектов, которое может воспринять человек в течение одной фиксации.

Точность восприятия - соответствие возникшего образа особенностям воспринимаемого объекта.

Полнота восприятия - степень соответствия возникшего образа особенностям воспринимаемого объекта.

Быстрота восприятия - время, необходимое для адекватного восприятия предмета или явления.

Константность восприятия - свойство воспринимать объекты и видеть их относительно постоянными по величине, форме и цвету в изменяющихся физических условиях восприятия.

Осмысленность восприятия - свойство человеческого восприятия приписывать воспринимаемому объекту или явлению определенный смысл, обозначать его словом, относить к определенной языковой категории в соответствии со знанием субъекта и его прошлым опытом.

Структурность восприятия - свойство восприятия человека объединять воздействующие стимулы в целостные и сравнительно простые структуры.

Целостность восприятия - сенсорная, мысленная достройка совокупности некоторых воспринимаемых элементов объекта до его целостного образа.

Предметность восприятия - отнесенность наглядного образа восприятия к определенным предметам внешнего мира.

Обобщенность восприятия - отражение единичных объектов как особого проявления общего, представляющего определенный класс объектов, однородных с данным по какому-либо признаку.

Избирательность восприятия - преимущественное выделение одних объектов по сравнению с другими, раскрывающее активность человеческого восприятия.

9. Вопросы по теме занятия

1. Что такое ощущения?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

2. Какие свойства присущи восприятию?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

3. Что такое восприятие?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

4. Какие свойства имеет ощущение?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

5. Что из себя представляет объем восприятия?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ОДНИМ ИЗ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ ВОСПРИЯТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) повторяемость;
- 2) опыт;
- 3) потребности;
- 4) мотивация;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

2. ВИД ОЩУЩЕНИЙ, МЕХАНИЗМОМ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ОЩУЩЕНИЕ ДВИЖЕНИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА В ПРОСТРАНСТВЕ:

- 1) хроматические;
- 2) кинестезические;
- 3) кожные;
- 4) проприоцептивные;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

3. ЗАВИСИМОСТЬ ВОСПРИЯТИЯ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА И ОСОБЕННОСТЕЙ ЕГО ЛИЧНОСТИ:

- 1) апперцепция;
- 2) инсайт;
- 3) осмысленность;
- 4) перцепция;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

4. КОНСТАНТНОСТЬ ВОСПРИЯТИЯ – ЭТО СВОЙСТВО:

- 1) приобретенное;
- 2) генетически обусловленное;
- 3) врожденное;
- 4) частное;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

5. РЕЗУЛЬТАТОМ ПРОЦЕССА ВОСПРИЯТИЯ СТАНОВИТСЯ:

- 1) ощущение;
- 2) опыт;
- 3) психологическая нагрузка;
- 4) построенный образ;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Определите, какие свойства восприятия проявляются в следующих ситуациях:

Вопрос 1: Ночью на звездном небе люди видят не отдельные звезды, а созвездия?;

Вопрос 2: Незнакомая женщина, находящаяся среди мужчин, внешне не резко отличных друг от друга, будет воспринята ярче, чем когда она находится в группе женщин?;

- 1) Целостность;
- 2) Категориальность;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

2. Оцените корректность использования терминов «ощущение» и «восприятие» в свете соответствующих научных определений.

Вопрос 1: Первым отделом анализатора является воспринимающий прибор или рецептор, производящий преобразование энергии раздражителя в процесс нервного возбуждения?;

Вопрос 2: Студент воспринял лекцию по психологии воли как импульс к активной самостоятельной работе над данной темой?;

- 1) Некорректное, хотя и распространенное в научных текстах, использование термина «восприятие». Ведь получается, что восприятие — процесс, входящий в состав ощущения. Руководствуясь научным определением восприятия, можно утверждать, что рецепторы сами по себе ничего воспринимать не могут;
- 2) Неправомерное со строго научной точки зрения, но весьма употребительное в обычной речи преувеличение объема понятия «восприятие». Так, слушая лекцию, человек не только воспринимает, но и мыслит, воображает, вспоминает;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Творческое воображение.
2. Взаимодействие ощущений: сенсбилизация и синестезия.
3. Сенсорная адаптация и взаимодействие ощущений.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Нуркова, В. В. [Общая психология](#) : учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. - 3-е изд., перераб. и доп. -

Москва : Юрайт, 2023. - 524 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Маклаков, А. Г. [Общая психология](#) : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. - Санкт-Петербург : Питер, 2020. - 583 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общая психология (курс лекций МГУ)
(<https://www.youtube.com/watch?v=zWCKjo06hNI&list=PLt3fgqeygGTVk5khY228EBHujarUgyLfv>)
Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть первая (<https://www.youtube.com/watch?v=LwCoUz95J2o>)
Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть вторая (<https://www.youtube.com/watch?v=si2iZPUoZz4>)

1. Тема № 6. Психология памяти и внимания. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.3, УК-6.1)

2. Разновидность занятия: практическое

3. Методы обучения: частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о психическом процессе памяти, знакомство с базовыми типологиями и фундаментальными свойствами, характеризующих динамические особенности протекания психических процессов памяти.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** оценки ситуации с учетом условий, средств, личностных возможностей, этапов карьерного роста, временной перспективы развития деятельности, требований рынка труда и т.д., **уметь** высказывать собственную точку зрения на факторы развития психического процесса, **владеть** возможными способами подбора методов и методик исследования адекватно психическому процессу

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** аудитория №2

- **оснащение занятия:** видеопроектор, наглядные пособия, ноутбук, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	20.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	40.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	35.00	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5	Самостоятельная работа	60.00	Выполнение задания.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	25.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	25.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	225	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Память — форма психического отражения, заключающаяся в закреплении, сохранении и последующем воспроизведении прошлого опыта, делающая возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания. Память связывает прошлое субъекта с его настоящим и будущим и является важнейшей познавательной функцией, лежащей в основе развития и обучения.

Память — основа психической деятельности. Без нее невозможно понять основы формирования поведения, мышления, сознания, подсознания. Поэтому для лучшего понимания человека необходимо как можно больше знать о нашей памяти.

Физиология памяти

Физиологической основой памяти являются нервные связи, образующиеся в коре головного мозга под действием раздражителей из внешнего мира или внутренней среды. Такие связи принято называть ассоциациями. Структуры, ответственные за память, разбросаны по многим участкам головного мозга. Но особое значение имеет область, называемая гиппокампом, в основании височной доли каждого из полушарий. Если эта область на одной стороне мозга повреждена, процессы запоминания ещё могут протекать, но при двухстороннем поражении функция памяти серьезно нарушается.

Типы памяти

Сенсорная (мгновенная) память осуществляет сохранение информации на уровне рецепторов. Она обладает очень коротким временем хранения «отпечатка» (0,3-1,0 сек) воздействующего объекта. Некоторые ее формы получили специальные названия: иконическая (зрительная) и эхоическая (слуховая) сенсорная память. Если информация из рецепторного хранилища не переводится в другую форму хранения, то она необратимо теряется.

У некоторых людей полное сохранение зрительной картины в иконической памяти ограничивается не долями секунды, а гораздо дольше - до 10 мин. Эти особенности во многом объясняют явления эйдетики у некоторых людей. При этом обладают способностью «видеть» картину или предмет, который находился перед их глазами, но

уже не экспонируется. Эта инерционность информационных входов, продлевающая для нас воздействие сигналов, обеспечивает непрерывность восприятия и для обычных людей (при моргании, движении глаз или просмотре кинофильмов). Эйдетические способности более выражены в детстве и снижаются у взрослых.

Кратковременная память характеризуется очень кратким (около 20 сек.) сохранением после однократного непродолжительного восприятия и немедленным воспроизведением. Этот вид памяти называется также первичным.

Вторичная, долговременная память - длительное сохранение информации (начинается от 20 сек и простираясь на часы, месяцы, годы) после многократного повторения и воспроизведения.

Различают также оперативную память - это мнемические процессы, обслуживающие деятельность человека. Она представляет синтез долговременной и кратковременной памяти. Например, в процессе профессиональной деятельности человек оперирует наличной информацией текущего момента, находящейся в кратковременной памяти, и извлекает из долговременной памяти информацию, содержащую профессиональные знания, опыт. Так, врач, обследуя больного, сопоставляет симптомы его болезни с похожими случаями из своей практики, с тем, что он читал и знает об этих симптомах.

Буферная (промежуточная) память обеспечивает сохранение информации в течение нескольких часов, является промежуточным звеном на пути перевода информации из кратковременной памяти в долговременную. Считается, что во время ночного сна происходит переработка накопленного за день и очистка буферной памяти для приема новой информации. Известно, что сон менее трех часов в сутки или полное лишение сна вызывает отчетливые нарушения в поведении человека - понижается уровень бдительности, внимания и резко ухудшается память. Предполагается, что в период сна информация малыми порциями (в соответствии с ограниченным объемом кратковременной памяти) поступает из буферной памяти в кратковременную, которая отключается для этого от внешней среды (Hartmann E., 1967). С этой точки зрения методы обучения во сне с помощью магнитофона могут приводить к накоплению усталости, повышенной раздражительности, ухудшению кратковременной памяти, так как буферное хранилище за период сна не освобождается.

Выделяют еще так называемую «вечную», или третичную память. Под ней понимают способность воспроизводить когда-то запечатленную информацию на протяжении всей жизни.

Объем памяти - количество информации, которое человек способен запомнить за определенное время. Объем кратковременной памяти человека в среднем составляет 7 + 2 блока информации. Объем блока может быть различным, например, человек может запомнить и повторить 5-9 цифр, 6-7 бессмысленных слогов, 5-9 слов.

Скорость - время, в течение которого человек способен запомнить определенный объем информации.

Прочность - длительность сохранения информации.

Точность - правильность и полнота воспроизведения информации.

Готовность - умение своевременно вспомнить требуемое.

Виды памяти

Различают два основных вида памяти: генетическую (наследственную) и прижизненную. Наследственная память сохраняет информацию, которая не только определяет анатомическое и физиологическое построение организма в процессе развития, но и врожденные формы видового поведения (инстинкты).

Информация, хранящаяся в закодированном виде в молекулах дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), защищена достаточно надежно от повреждения специальными механизмами и менее зависит от условий жизнедеятельности организма по сравнению с прижизненной памятью.

Прижизненная память - это хранилище информации, полученной с момента рождения до смерти. Выделяют следующие ее виды: импринтинг (запечатление) а также двигательную, эмоциональную, образную и символическую память.

Импринтинг - вид памяти, наблюдаемый только в ранний период развития сразу после рождения. Импринтинг заключается в одномоментном установлении очень устойчивой специфической связи человека или животного с конкретным объектом внешней среды. Эта связь сохраняется длительное время, что рассматривается как пример научения и долговременного запоминания с одного предъявления.

Считается, что у человека импринтинг наблюдается до 6-месячного возраста, однако есть основания полагать, что этот период у ребенка намного продолжительнее. Обобщив ряд исследований, английский психоаналитик Джон Боулби полагает, что искусственное отчуждение детей от матери как от человека теплого, ласкового внимательного

опасно по крайней мере до трех лет. Трех месяцев «лишения любви» (эмоциональная депривация) в этом временном интервале достаточно, психике ребенка произошли изменения, которые в будущем уже нельзя полностью устранить. Боулби считает, что любая депривация (состояние недостаточного удовлетворения какой-либо важной психологической потребности) в раннем детстве затрагивает, прежде всего этическое развитие личности и формирование в ребенке нормального чувства тревоги, что приводит к аномалиям социального поведения, усилению агрессивности, по мнению Боулби, взаимоотношения младенца и матери с биологической точки зрения, следует рассматривать как систему привязанностей, включающую как эмоциональные, так и поведенческие реакции. Он рассматривал систему привязанностей как врожденную инстинктивную или мотивационную систему (подобно голоду или жажде), которая организует процессы памяти младенца и вынуждает его искать близости и общения с матерью. С эволюционной точки зрения система привязанностей явно повышает шансы младенца на выживание, позволяя незрелому мозгу использовать зрелые функции родителей с целью организации собственных жизненных процессов. Следует отметить, что первые 2-3 года жизни, когда так важны взаимоотношения с матерью, ребенок оперирует в основном процедурной памятью. Как у людей, так и у экспериментальных животных декларативная память появляется гораздо позже. Так, младенческая амнезия, приводящая к тому, что мы сохраняем лишь немногие детские воспоминания, наблюдается не только у людей, но и у других млекопитающих.

Двигательная память - это память на движения. Она составляет основу овладения двигательными действиями в любом виде деятельности человека. Достигая полного развития раньше иных форм, двигательная память у некоторых людей остается ведущей на всю жизнь. Особенно большое значение она имеет у артистов балета, а также в технически сложных видах спорта. При разучивании упражнений замечено, что легче запоминается направление и амплитуда движений и значительно труднее - интенсивность.

Эмоциональная память - это память на чувства. Она определяет воспроизведение определенного чувственного состояния при повторном воздействии той же ситуации, в которой данное эмоциональное состояние возникло. Чувственная память имеется уже у 6-месячного ребенка и достигает своего полного развития к 3-5 годам. Механизмы эмоциональной памяти лежат в основе первичного чувства узнавания (знакомое, чужое), симпатий и антипатий, осторожности. Эмоциональная память отличается также тем, что почти никогда не сопровождается отношением к ожившему чувству как к воспоминанию ранее пережитого чувства. Произвольное воспроизведение чувств в этом аспекте почти невозможно. Например, человек, напуганный в раннем детстве собакой, может и не осознавать причин своего страха при каждой встрече с собакой на улице.

Образная память - это память на образный материал. Различают следующие подвиды: зрительная, слуховая, осязательная, обонятельная и вкусовая. Наиболее отчетливо у всех людей проявляется зрительная и слуховая память, а развитие других подвидов связано с различиями профессиональной деятельности (например, вкусовая память у дегустаторов). Образная память обычно ярче у детей и подростков. У взрослых людей ведущая память, как правило, не образная, а логическая. Можно тренировать образную память, если воспроизводить мысленно в расслабленном состоянии с закрытыми глазами перед сном различные заданные картины.

Символическая память - это память на абстрактный, отвлеченно-символический материал. Она подразделяется на словесную и логическую память. Словесная память формируется в онтогенезе вслед за образной памятью и достигает его полного развития к 10-13 годам. В отличие от образной памяти, она характеризуется большей точностью воспроизведения. Особенности логической памяти проявляются в запоминании только смысла текста, т.е. происходит переработка текста в обобщенных понятиях. Логическая память самым тесным образом связана с мышлением человека.

Нарушение памяти

Нарушения памяти подразделяются на количественные (гипермнезия, гипомнезия) и качественные (парамнезия).

Гипермнезия - одностороннее усиление некоторых мнемонических процессов, которое встречается обычно в качестве временного явления при лихорадочных состояниях, а также на фоне патологически повышенного настроения.

Гипомнезия - ослабление памяти вплоть до полной утраты мнемонических функций (амнезия). Типично, что первоначально обычно страдают процессы запоминания текущего, нового материала - фиксационная амнезия. Далее, при прогрессировании амнезии происходит информационное опустошение в порядке, обратном формированию памяти в онтогенезе - закон «обратного хода памяти» Рибо.

Парамнезия - извращение памяти, когда информационные пробелы заполняются ложными воспоминаниями типа псевдореминисценций и конфабуляций. В других случаях обманы памяти возникают при воспроизведении событий прошлого без их узнавания - криптомнезии.

При локальных поражениях мозга могут возникать модально-неспецифические и модально-специфические

нарушения памяти. Модально-неспецифические расстройства памяти касаются нарушений запечатления информации любой модальности и возникают при поражении срединных неспецифических структур мозга. При модально-специфических расстройствах памяти, которые возникают при различных локальных поражениях корковых отделов анализаторных систем, нарушается запечатление информации, касающейся поступления ее через зрительные, слуховые или иные сенсорные входы.

Методика «Запоминание 10 слов»

Зачитывают десять слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие-либо смысловые отношения. Например: гора, игла, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила. После зачитывания предлагается воспроизвести слова в любом порядке. Затем слова зачитываются повторно.

Через 20-30 мин. испытуемому предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке.

Регистрационный бланк.

повторений	гора	игла	роза	кошка	часы	вино	Пальто	книга	окно	пила	Кол-во слов	Добавочные слова	Примечание
1													
2													
...													
Через 20-30 минут													

По этому бланку может быть составлена «кривая запоминания». Для этого по горизонтальной оси откладываются номера повторения, а по вертикали - число правильно воспроизведенных слов.

10													
9													
8													
7													
6													
5													
4													
3													
2													
1													

Интерпретация.

Нормальным считается воспроизведение 10 слов после 4-5 повторений, при тренированной памяти - после 2 повторений.

Выделяют следующие показатели:

1. количество воспроизведенных слов.
2. динамику воспроизведения слов (кривая произвольного запоминания).

Результаты теста свидетельствуют о следующих особенностях запоминания:

Непосредственное запоминание не нарушено — если обследуемый непосредственно после зачитывания десяти слов воспроизводит в четырех-пяти попытках не менее 7 слов.

Непосредственное запоминание нарушено — если обследуемый непосредственно после зачитывания десяти слов воспроизводит менее 7 слов. Чем меньше слов воспроизводится, тем более выраженными признаются нарушения непосредственного запоминания.

Долговременная память не нарушена — если через 20-30 минут без предварительного предупреждения обследуемый воспроизводит не менее 7 запоминаемых слов.

Долговременная память снижена — если через 20-30 минут без предварительного предупреждения обследуемый воспроизводит менее 7 запоминаемых слов.

9. Вопросы по теме занятия

1. Дайте определение памяти?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

2. Какие виды памяти выделяют?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

3. Какую функцию выполняет эмоциональная память?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

4. Что из себя представляет ассоциация?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

5. Что понимается под оперативной памятью?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СПОСОБНОСТЬ К ВОСПРОИЗВЕДЕНИЮ ПРОШЛОГО ОПЫТА, И ВЫРАЖАЮЩИЕСЯ СПОСОБНОСТЬЮ ДЛИТЕЛЬНО ХРАНИТЬ ИНФОРМАЦИЮ И МНОГОКРАТНО ВВОДИТЬ ЕЕ В СФЕРУ СОЗНАНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ:

- 1) память;
- 2) внимание;
- 3) мышление;
- 4) самосознание;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

2. К ВИДАМ ПАМЯТИ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) преактивная и ретроактивная;
- 2) распределенная и устойчивая;
- 3) произвольная и произвольная;
- 4) все варианты верны;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

3. ЗРИТЕЛЬНАЯ ПАМЯТЬ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ:

- 1) механическая память;
- 2) образная память;
- 3) логическая память;
- 4) кратковременная память;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

4. ОТСУТСТВИЕМ ПАМЯТИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) апперцепция;
- 2) градукция;
- 3) амнезия;
- 4) все варианты не верны;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

5. ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ РАНЕЕ ВОСПРИНЯТОГО, КАЗАВШЕГОСЯ ЗАБЫТЫМ - ЭТО:

- 1) реминисценция;
- 2) эйдетизм;
- 3) индукция;
- 4) дедукция;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Определите, какие свойства восприятия проявляются в следующих ситуациях:

Вопрос 1: Ночью на звездном небе люди видят не отдельные звезды, а созвездия?;

Вопрос 2: Незнакомая женщина, находящаяся среди мужчин, внешне не резко отличных друг от друга, будет воспринята ярче, чем когда она находится в группе женщин?;

- 1) Целостность;
- 2) Категориальность;

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

2. Оцените корректность использования терминов «ощущение» и «восприятие» в свете соответствующих научных определений.

Вопрос 1: Первым отделом анализатора является воспринимающий прибор или рецептор, производящий преобразование энергии раздражителя в процесс нервного возбуждения?;

Вопрос 2: Студент воспринял лекцию по психологии воли как импульс к активной самостоятельной работе над данной темой?;

1) Некорректное, хотя и распространенное в научных текстах, использование термина «восприятие». Ведь получается, что восприятие — процесс, входящий в состав ощущения. Руководствуясь научным определением восприятия, можно утверждать, что рецепторы сами по себе ничего воспринимать не могут;

2) Неправомерное со строго научной точки зрения, но весьма употребительное в обычной речи преувеличение объема понятия «восприятие». Так, слушая лекцию, человек не только воспринимает, но и мыслит, воображает, вспоминает;

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Физиологические процессы памяти.
2. Виды памяти.
3. Механизмы памяти.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Нуркова, В. В. [Общая психология](#) : учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 524 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Маклаков, А. Г. [Общая психология](#) : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. - Санкт-Петербург : Питер, 2020. - 583 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общая психология (курс лекций МГУ)

(<https://www.youtube.com/watch?v=zWCKjoo6hNI&list=PLt3fgqeygGTVk5khY228EBHujarUgyLfv>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть первая (<https://www.youtube.com/watch?v=LwCoUz95J2o>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть вторая (<https://www.youtube.com/watch?v=si2iZPUoZz4>)

1. **Тема № 7.** Психология мышления и речи. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.1, УК-6.5)

2. **Разновидность занятия:** практическое

3. **Методы обучения:** частично-поисковый (эвристический)

4. **Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о психическом процессе мышления, знакомство с базовыми типологиями и фундаментальными свойствами, характеризующих динамические особенности протекания психических процессов мышления.

5. **Цели обучения**

- **обучающийся должен знать** особенностей организации и ведения конструктивно равноправного взаимодействия с людьми с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции., **уметь** осуществлять психологическое исследование, обработку результатов исследования, их интерпретацию, **владеть** способностью анализировать различные позиции на психические познавательные процессы

6. **Место проведения и оснащение занятия:**

- **место проведения занятия:** аудитория №2

- **оснащение занятия:** видеопроектор, наглядные пособия, ноутбук, экран

7. **Структура содержания темы** (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащённость
1	Организация занятия	20.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	40.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	35.00	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5	Самостоятельная работа	60.00	Выполнение задания.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	25.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	25.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	225	

8. **Аннотация** (краткое содержание темы)

В психологии под **мышлением** понимают процесс познавательной деятельности индивида, характеризующийся обобщенным и опосредованным отражением действительности. Предметы и явления действительности обладают такими свойствами и отношениями, которые можно познать непосредственно, при помощи ощущений и восприятий (цвета, звуки, формы, размещение и перемещение тел в видимом пространстве).

Первая особенность мышления — его опосредованный характер. То, что человек не может познать прямо, непосредственно, он познаёт косвенно, опосредованно: одни свойства через другие, неизвестное — через известное. Мышление всегда опирается на данные чувственного опыта — ощущения, восприятия, представления — и на ранее приобретённые теоретические знания. Косвенное познание и есть познание опосредованное.

Вторая особенность мышления — его обобщённость. Обобщение как познание общего и существенного в объектах действительности возможно потому, что все свойства этих объектов связаны друг с другом. Общее существует и проявляется лишь в отдельном, в конкретном.

Обобщения люди выражают посредством речи, языка. Словесное обозначение относится не только к отдельному объекту, но также и к целой группе сходных объектов. Обобщённость также присуща и образам (представлениям и даже восприятиям). Но там она всегда ограничена наглядностью. Слово же позволяет обобщать безгранично. Философские понятия материи, движения, закона, сущности, явления, качества, количества и т.д. — широчайшие обобщения, выраженные словом.

Результаты познавательной деятельности людей фиксируют в форме понятий. Понятие — есть отражение существенных признаков предмета. Понятие о предмете возникает на основе многих суждений и умозаключений о нём. Понятие как результат обобщения опыта людей является высшим продуктом мозга, высшей степенью познания мира.

Мышление человека протекает в форме суждений и умозаключений. Суждение — это форма мышления, отражающая объекты действительности в их связях и отношениях. Каждое суждение есть отдельная мысль о чём-

либо. Последовательная логическая связь нескольких суждений, необходимая для того, чтобы решить какую-либо мыслительную задачу, понять что-нибудь, найти ответ на вопрос, называется рассуждением. Рассуждение имеет практический смысл лишь тогда, когда оно приводит к определённом выводу, умозаключению. Умозаключение и будет ответом на вопрос, итогом поисков мысли.

Умозаключение — это вывод из нескольких суждений, дающий нам новое знание о предметах и явлениях объективного мира. Умозаключения бывают индуктивные, дедуктивные и по аналогии.

Мышление — высшая ступень познания человеком действительности. Чувственной основой мышления являются ощущения, восприятия и представления. Через органы чувств — эти единственные каналы связи организма с окружающим миром — поступает в мозг информация. Содержание информации перерабатывается мозгом. Наиболее сложной (логической) формой переработки информации является деятельность мышления. Решая мыслительные задачи, которые перед человеком ставит жизнь, он размышляет, делает выводы и тем самым познаёт сущность вещей и явлений, открывает законы их связи, а затем на этой основе преобразует мир.

Мышление не только теснейшим образом связано с ощущениями и восприятиями, но оно формируется на основе их. Переход от ощущения к мысли — сложный процесс, который состоит, прежде всего, в выделении и обособлении предмета или признака его, в отвлечении от конкретного, единичного и установлении существенного, общего для многих предметов.

Мышление выступает главным образом как решение задач, вопросов, проблем, которые постоянно выдвигаются перед людьми жизнью. Решение задач всегда должно дать человеку что-то новое, новые знания. Поиски решений иногда бывают очень трудными, поэтому мыслительная деятельность, как правило, — деятельность активная, требующая сосредоточенного внимания, терпения. Реальный процесс мысли — это всегда процесс не только познавательный, но и эмоционально-волевой.

Для мышления человека более существенно взаимосвязь не с чувственным познанием, а с речью и языком. В более строгом понимании **речь** - процесс общения, опосредованный языком. Если язык — объективная, исторически сложившаяся система кодов и предмет специальной науки — языкознания, то речь является психологическим процессом формулирования и передачи мысли средствами языка.

Современная психология не считает, что внутренняя речь имеет такое же строение и такие же функции, как и развернутая внешняя речь. Под внутренней речью психология подразумевает существенный переходный этап между замыслом и развернутой внешней речью. Механизм, который позволяет перекодировать общий смысл в речевое высказывание, т.е. внутренняя речь есть, прежде всего, не развернутое речевое высказывание, а лишь **подготовительная стадия**.

Однако неразрывная связь мышления с речью вовсе не означает, что мышление может быть сведено к речи. Мышление и речь не одно и то же. Мыслить, не значить говорить про себя. Свидетельством этому может служить возможность высказывания одной и той же мысли разными словами, а также то, что мы не всегда находим нужные слова, чтобы выразить свою мысль.

Объективной материальной формой мышления является язык. Мысль становится мыслью и для себя и для других только через слово — устное и письменное. Благодаря языку мысли людей не теряются, а передаются в виде системы знаний из поколения в поколение. Однако существуют и дополнительные средства передачи результатов мышления: световые и звуковые сигналы, электрические импульсы, жесты и пр. Современная наука и техника широко используют условные знаки в качестве универсального и экономного средства передачи информации.

Мышление также неразрывно связано и с практической деятельностью людей. Всякий вид деятельности предполагает обдумывание, учёт условий действия, планирование, наблюдение. Действуя, человек решает какие-либо задачи. Практическая деятельность — основное условие возникновения и развития мышления, а также критерий истинности мышления.

Мыслительная деятельность человека представляет собой решение разнообразных мыслительных задач, направленных на раскрытие сущности чего-либо. Мыслительная операция — это один из способов мыслительной деятельности, посредством которого человек решает мыслительные задачи.

Мыслительные операции разнообразны. Это — анализ и синтез, сравнение, абстрагирование, конкретизация, обобщение, классификация. Какие из логических операций применит человек, это будет зависеть от задачи и от характера информации, которую он подвергает мыслительной переработке.

Анализ и синтез

Анализ — это мысленное разложение целого на части или мысленное выделение из целого его

сторон, действий, отношений.

Синтез — обратный анализу процесс мысли, это — объединение частей, свойств, действий, отношений в одно целое.

Анализ и синтез — две взаимосвязанные логические операции. Синтез, как и анализ, может быть как практическим, так и умственным.

Анализ и синтез сформировались в практической деятельности человека. В трудовой деятельности люди постоянно взаимодействуют с предметами и явлениями. Практическое освоение их и привело к формированию мыслительных операций анализа и синтеза.

Сравнение

Сравнение — это установление сходства и различия предметов и явлений.

Сравнение основано на анализе. Прежде чем сравнивать объекты, необходимо выделить один или несколько признаков их, по которым будет произведено сравнение.

Сравнение может быть односторонним, или неполным, и многосторонним, или более полным. Сравнение, как анализ и синтез, может быть разных уровней — поверхностное и более глубокое. В этом случае мысль человека идёт от внешних признаков сходства и различия к внутренним, от видимого к скрытому, от явления к сущности.

Абстрагирование

Абстрагирование — это процесс мысленного отвлечения от некоторых признаков, сторон конкретного с целью лучшего познания его.

Человек мысленно выделяет какой-нибудь признак предмета и рассматривает его изолированно от всех других признаков, временно отвлекаясь от них. Изолированное изучение отдельных признаков объекта при одновременном отвлечении от всех остальных помогает человеку глубже понять сущность вещей и явлений. Благодаря абстракции человек смог оторваться от единичного, конкретного и подняться на самую высокую ступень познания — научного теоретического мышления.

Конкретизация

Конкретизация — процесс, обратный абстрагированию и неразрывно связанный с ним.

Конкретизация есть возвращение мысли от общего и абстрактного к конкретному с целью раскрытия содержания.

Мыслительная деятельность всегда направлена на получение какого-либо результата. Человек анализирует предметы, сравнивает их, абстрагирует отдельные свойства с тем, чтобы выявить общее в них, чтобы раскрыть закономерности, управляющие их развитием, чтобы овладеть ими.

Обобщение, таким образом, есть выделение в предметах и явлениях общего, которое выражается в виде понятия, закона, правила, формулы и т.п.

Виды мышления

В зависимости от того, какое место в мыслительном процессе занимают слово, образ и действие, как они соотносятся между собой, **выделяют три вида мышления**: конкретно-действенное, или практическое, конкретно-образное и абстрактное. Эти виды мышления выделяются ещё и на основании особенностей задач — **практических и теоретических**.

Конкретно-действенное мышление

Наглядно-действенное — вид мышления, опирающийся на непосредственное восприятие предметов.

Конкретно-действенное, или предметно-действенное, мышление направлено на решение конкретных задач в условиях производственной, конструктивной, организаторской и иной практической деятельности людей.

Практическое мышление это, прежде всего техническое, конструктивное мышление. Оно состоит в понимании техники и в умении человека самостоятельно решать технические задачи. Процесс технической деятельности есть процесс взаимодействий умственных и практических компонентов работы. Сложные операции абстрактного мышления переплетаются с практическими действиями человека, неразрывно связаны с ними. **Характерными особенностями** конкретно-действенного мышления являются ярко **выраженная наблюдательность, внимание к деталям**, частностям и умение использовать их в конкретной ситуации, оперирование пространственными образами и схемами, умение быстро переходить от размышления к действию и обратно. Именно в этом виде мышления в наибольшей мере проявляется единство мысли и воли.

Конкретно-образное мышление

Наглядно-образное — вид мышления, характеризующийся опорой на представления и образы.

Конкретно-образное (наглядно-образное), или художественное, мышление характеризуется тем, что отвлечённые мысли, обобщения человек воплощает в конкретные образы.

Абстрактное мышление

Словесно-логическое — вид мышления, осуществляемый при помощи логических операций с понятиями.

Абстрактное, или словесно-логическое, мышление направлено в основном на нахождение общих закономерностей в природе и человеческом обществе. Абстрактное, теоретическое мышление отражает общие связи и отношения. Оно оперирует главным образом понятиями, широкими категориями, а образы, представления в нём играют вспомогательную роль.

Все три вида мышления тесно связаны друг с другом. У многих людей в одинаковой мере развиты конкретно-действенное, конкретно-образное и теоретическое мышление, но в зависимости от характера задач, которые человек решает, на первый план выступает то один, то другой, то третий вид мышления.

Типы мышления

Практически-действенное, наглядно-образное и теоретически-отвлечённое — таковы взаимосвязанные виды мышления. В процессе исторического развития человечества интеллект человека первоначально формировался в ходе практической деятельности. Так, люди научились измерять опытным путем земельные участки, а затем на этой основе постепенно возникла специальная теоретическая наука — геометрия.

Генетически самый ранний вид мышления — **практически-действенное мышление**; определяющее значение в нем имеют действия с предметами (в зачаточном виде оно наблюдается и у животных).

На основе практически-действенного, манипуляционного мышления возникает **наглядно-образное мышление**. Для него характерно оперирование наглядными образами в уме.

Высшая ступень мышления — отвлечённое, **абстрактное мышление**. Однако и здесь мышление сохраняет связь с практикой. Как говорится, нет ничего практичнее, чем правильная теория.

Мышление отдельных людей также подразделяется на практически-действенное, образное и абстрактное (теоретическое).

Но в процессе жизнедеятельности у одного и того же человека на передний план выступает то один, то другой вид мышления. Так, бытовые дела требуют практически-действенного мышления, а доклад на научную тему — теоретического мышления и т. п.

По содержанию мыслительная деятельность подразделяется на **практическую, художественную и научную**.

Структурная единица практически-действенного (оперативного) мышления — **действие**; художественного — **образ**; научного мышления — **понятие**.

В зависимости от глубины обобщенности различают эмпирическое и теоретическое мышление.

Эмпирическое мышление (от греч. *empeiria* — опыт) дает первичные обобщения на основе опыта. Эти обобщения делаются на низком уровне абстракции. Эмпирическое познание — низшая, элементарная ступень познания.

Эмпирическое мышление не следует смешивать с **практическим мышлением**.

Как отмечает известный психолог В. М. Теплов («Ум полководца»), многие психологи за единственный образец умственной деятельности принимают работу ученого, теоретика. Между тем практическая деятельность требует не меньших интеллектуальных усилий.

Умственная деятельность теоретика сосредоточена преимущественно на первой части пути познания — временном отходе, отступлении от практики. Умственная деятельность практика сосредоточена в основном на второй его части — на переходе от абстрактного мышления к практике, т. е. на том «попадании» в практику, ради которого и производится теоретическое отступление.

Особенностью практического мышления является тонкая наблюдательность, способность сконцентрировать внимание на отдельных деталях события, умение использовать для решения частной задачи то особенное и единичное, что не входило полностью в теоретическое обобщение, умение быстро переходить от размышления к действию.

В практическом мышлении человека существенно оптимальное соотношение его ума и воли, познавательных, регуляционных и энергетических возможностей индивида. Практическое мышление связано с оперативной постановкой первоочередных целей, выработкой гибких планов, программ, большим самообладанием в напряженных условиях деятельности.

Теоретическое мышление выявляет всеобщие отношения, исследует объект познания в системе его необходимых связей. Его результат — построение концептуальных моделей, создание теорий, обобщение опыта, раскрытие закономерностей развития различных явлений, знание которых обеспечивает преобразовательную деятельность человека. Теоретическое мышление неразрывно связано с практикой, но в своих конечных результатах имеет относительную самостоятельность; оно основывается на предшествующих знаниях и, в свою очередь, служит основанием последующего познания.

В зависимости от стандартности/нестандартности решаемых задач и операциональных процедур различаются алгоритмическое, дискурсивное, эвристическое и творческое мышление.

Алгоритмическое мышление ориентировано на заранее установленные правила, общепринятую последовательность действий, необходимых для решения типовых задач.

Дискурсивное (от лат. discursus — рассуждение) **мышление** основано на системе взаимосвязанных умозаключений.

Эвристическое мышление (от греч. heuresko — нахожу) — это продуктивное мышление, состоящее в решении нестандартных задач.

Творческое мышление — мышление, приводящее к новым открытиям, принципиально новым результатам.

Различают также репродуктивное и продуктивное мышление.

Репродуктивное мышление — воспроизведение ранее полученных результатов. В этом случае мышление смыкается с памятью.

Продуктивное мышление — мышление, приводящее к новым познавательным результатам.

Методика «Закономерности числового ряда»

Предъявляются 7 числовых рядов. Вы должны найти закономерность построения каждого ряда и вписать недостающие числа. Время выполнения работы — 5 минут.

Стимульный материал.

1.	24 21 19 18 15 13 — — 7
2.	1 4 9 16 — — 49 64 81 100
3.	16 17 15 18 14 19 — —
4.	1 3 6 8 16 18 — — 76 78
5.	7 16 9 5 21 16 9 — 4
6.	2 4 8 10 20 22 — — 92 94
7.	24 22 19 15 — —

Ключ.

1.	12 9	4.	36 38		
2.	25 36	5.	13	7.	10 4
3.	13 20	6.	44 46		

Оценка производится по количеству правильно написанных чисел. Норма взрослого человека — 3 и выше.

9. Вопросы по теме занятия

1. Что означает понятие мышление?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

2. Назовите две особенности мышления?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

3. Что из себя представляет анализ?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

4. Перечислите мыслительные операции?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

5. Что из себя представляет эвристическое мышление?

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ОСНОВНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ТВОРЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ - ЭТО:

- 1) умение извлекать главное;
- 2) способность реагировать на внутренние и внешние действия;
- 3) склонность индивида к определённым психическим сознаниям;
- 4) умение анализировать любые проблемы, устанавливая логическую связь;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

2. АБСТРАКТНО-ЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ ТОЖДЕСТВЕННО:

- 1) понятийному мышлению;
- 2) практическому мышлению;
- 3) образному мышлению;
- 4) логическому мышлению;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

3. ОБЩЕНИЕ - ЭТО:

- 1) установление сходства и различия между предметами;
- 2) отделение существенного от не существенного;
- 3) общий вывод мыслительных операций;
- 4) мысленное отвлечение от частей предметов для выделения его существенных признаков;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

4. ПОНЯТИЙНОЕ МЫШЛЕНИЕ - ЭТО:

- 1) извлечение образов, воссоздающихся воображением;
- 2) использование определённых понятий;
- 3) мышление, связанное с конкретной деятельностью;
- 4) мышление, опирающиеся на образы;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

5. СЕМАНТИЧЕСКАЯ СПОНТАННАЯ ГИБКОСТЬ - ЭТО:

- 1) способность видеть объект под новым углом зрения;
- 2) способность изменять восприятие объекта;
- 3) способность продуцировать различные идеи в неопределённых ситуациях;
- 4) способность яркого выражения идеи;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В работе «Эволюция психики» А.Н. Леонтьев пишет: «Неправильное противопоставление духа и материи выразилось в том, что мышление и всякая вообще внутренняя духовная деятельность с самого начала стала

выдаваться не за то, что есть на самом деле. Эта деятельность выступила в психологии не как одна из исторически возникших форм осуществления реальной человеческой жизни, а как якобы особая активность, как особого рода процессы, принципиально противоположные процессам внешней практической деятельности и полностью независимые от нее».

Вопрос 1: А каково Ваше мнение, что такое мышление как одна из форм психической активности человека?;

Вопрос 2: Мышление- это психический процесс, свойство или состояние личности?;

1) Мышление как одна из форм психической активности человека – это процесс активной познавательной деятельности субъекта, позволяющий понимать то, что не дано человеку непосредственно в восприятии, посредством действий. Мышление связано с действием: действие – это первичная форма существования мышления, а первичный вид мышления – это мышление в действии и действием;

2) Психический процесс;

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

2. Среди ученых нет единства во взглядах на вопрос: с чем человек приходит в жизнь. Некоторые ученые отрицают наличие у человека инстинктивных форм поведения.

Вопрос 1: Какое значение имеет для понимания человеческого развития различие инстинктивных, наследуемых и врожденных форм поведения?;

Вопрос 2: Что влияет на формирование качеств личности?;

1) Человек рождается на свет самым беспомощным, самым незрелым, неприспособленным к жизни. Это происходит потому, что у него минимальный по сравнению с животными фонд врожденных рефлексов (инстинктов). Инстинкт – это совокупность врожденных компонентов поведения и психики животных и человека, а инстинктивное поведение животных – совокупность сформировавшихся в процессе развития данного вида животных наследственно закрепленных, врожденных, общих для всех представителей вида компонентов поведения, составляющих основу жизнедеятельности животных. Преимущество же строения нервной системы ребенка заключается в том, что вскоре после рождения у него формируются новые, изменчивые и весьма сложные формы поведения. Все функции и умения ребенка отличаются гибкостью, изменчивостью, совершенством.;

2) Эти качества возникают в процессе онтогенеза под влиянием обучения.;

Компетенции: УК-5.1, УК-6.5

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Типы мышления.
2. Виды мышления.
3. Мыслительные процессы.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Нуркова, В. В. [Общая психология](#) : учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 524 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Маклаков, А. Г. [Общая психология](#) : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. - Санкт-Петербург : Питер, 2020. - 583 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общая психология (курс лекций МГУ)

(<https://www.youtube.com/watch?v=zWCKjoo6hNI&list=PLt3fgqeygGTVk5khY228EBHujarUgyLfv>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть первая (<https://www.youtube.com/watch?v=LwCoUz95J2o>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть вторая (<https://www.youtube.com/watch?v=si2iZPUoZz4>)

1. Тема № 8. Психология интеллекта. (Компетенции: УК-5.2, УК-6.2)

2. Разновидность занятия: дискуссия

3. Методы обучения: частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): рассмотрение теоретических основ психологии интеллекта, различных трактовок понятия интеллекта, стадий развития интеллекта, концепций, рассматривающих структуру интеллекта.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** особенностей организации и ведения конструктивно равноправного взаимодействия с людьми с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции., **уметь** высказывать собственную точку зрения на факторы развития психического процесса, **владеть** возможными способами подбора методов и методик исследования адекватно психическому процессу

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** аудитория №2

- **оснащение занятия:** видеопроектор, наглядные пособия, ноутбук, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	20.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	40.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	35.00	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5	Самостоятельная работа	60.00	Выполнение задания.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	25.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	25.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	225	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Интеллект (от лат. *intellectus*— познание, понимание) — это обобщенное когнитивное образование, в состав которого входят: восприятие, память, внимание, воображение, представление. Обладает он также свойствами, которые не обнаруживаются при изучении отдельных когнитивных процессов, а являются обобщенными проявлениями всей познавательной сферы личности. Интеллект, кроме того, зависит от личностных особенностей субъекта.

Связь интеллекта с управлением очевидна и первостепенна по значимости. Изучена тема «интеллект руководителя» недостаточно, лишь в *теоретической* форме. *Практический* интеллект, связанный с управленческой деятельностью, долго оставался вне сферы исследований, считался низшим, более простым типом, не заслуживающим внимания. Его труднее исследовать научными методами, поскольку они должны применяться в естественных условиях профессиональной деятельности, а не в лабораторных.

Этот взгляд, в корне ошибочный, изменился благодаря ставшей классической работе Б. М. Теплова «Ум полководца», где рассматривается практический интеллект на материале деятельности великих полководцев и государственных деятелей. Теплов говорит о том, что умственная работа ученого яснее и спокойнее (но не обязательно легче), чем умственная работа политика или полководца.

Практический интеллект в ряде аспектов богаче и комплекснее, чем теоретический, но обладает специфическими особенностями.

Интеллект в широком смысле — совокупность всех познавательных особенностей человека. Познавательные процессы взаимосвязаны и образуют целостную систему. В психологии выделяют частные (специальные) и общие способности. Общие способности первичны, так как в большей степени предопределены генетически, чем специальные. История развития психологии интеллекта, а также его основные модели концентрируются вокруг вопроса о соотношении частных и общих познавательных функций, интеллектуальных способностей.

Основная заслуга Гилфорда — выделение двух типов мышления: *дивергентного* и *конвергентного*. Первый — это

показатель творческого начала, второй направлен на поиск единственно верного решения, являясь индикатором логического мышления.

Р. Кеттел в своей модели, не отрицая существования общего и частных (парциальных) факторов, указывает на два различных типа интеллекта: *кристаллизованного* (связанного) и *текущего* (свободного). Первый является мерой овладения культурой того общества, к которому человек принадлежит; второй характеризует биологические возможности нервной системы индивида. Кристаллизованный тип больше связан с вербальным интеллектом.

Впоследствии Л. Хамфрейс доказал, что оба эти типа интеллекта связаны друг с другом и входят в общий, так называемый интеллектуально-образовательный фактор, что сближает эту модель с моделью К. Спирмена. Общая психологическая закономерность при исследовании различных сторон интеллекта — отчетливое выделение G-фактора, что говорит о наличии общего интеллекта как неоспоримой психологической реальности.

Структура интеллекта очень сложна — она хоть и базируется на общем факторе, но к нему не сводится. Один из современных обобщающих подходов к пониманию интеллекта рассматривает его как целостную систему «ментального» (умственного) опыта человека и психических механизмов, обеспечивающих его накопление, обработку и использование. В интеллекте (ментальном опыте) выделяются три уровня.

1. *Когнитивный опыт* — структуры, обеспечивающие хранение, систематизацию и использование информации; их предназначение — оперативная переработка текущей информации.
2. *Метакогнитивный опыт* — структуры, позволяющие человеку осуществлять саморегуляцию своей интеллектуальной активности; их предназначение — контроль интеллектуальных ресурсов.
3. *Интенциональный опыт* — структуры, лежащие в основе индивидуальных интеллектуальных способностей; их предназначение — субъективное предпочтение определенной предметной области и направления поиска решений.

Специфические проявления интеллектуальной деятельности руководителя характеризуются следующими понятиями психологии интеллекта.

Метакогнитивная осведомленность — знание своих интеллектуальных качеств и умение их оценивать, способность к мобилизации своих интеллектуальных резервов для решения сложных проблем.

Открытая познавательная позиция — наличие легкой, эмоционально положительной восприимчивости явлений действительности.

Среди интеллектуальных стилей выделяются три основных, наиболее четко проявляющихся в управленческой деятельности.

Исполнительский стиль — действие по правилам и общепринятым нормам.

Законодательный стиль — разработка новых путей к решению проблем.

Оценочный стиль — работа с готовыми системами, которые «приводятся в порядок». Люди этого типа анализируют, критикуют и совершенствуют проблемы.

Среди высших проявлений интеллектуальных способностей выделяют определенные *типы интеллектуальной одаренности*.

Сообразительные — с коэффициентом интеллекта больше 135 баллов (по шкале Д. Векслера норма — 100—115 баллов).

Блестящие ученики — люди с высокими показателями учебных достижений.

Креативы — люди, порождающие творческие, оригинальные идеи в большом числе и испытывающие потребность в решении сложных проблем.

Компетентные — люди, имеющие большой объем профессиональных знаний и опыт практической работы.

Талантливые — люди с чрезвычайными интеллектуальными достижениями, нашедшие признание в общественно значимых формах.

Мудрые — люди с экстраординарными интеллектуальными возможностями, связанными с анализом и предсказанием «обыденной» жизни.

В заключение характеристики природы и структуры интеллекта надо подчеркнуть, что интеллектуальные способности в психологии трактуются как одна из общих способностей личности в целом. Но в эту категорию входят и иные, аналогичные «по рангу» степени обобщенности способности личности: *креативность, обучаемость,*

рефлексивность. В деятельности они выступают в неразрывной связи с интеллектом, составляя основу для новых особенностей интеллектуальной деятельности. Для управленческой деятельности наиболее значима комплексность строения общих способностей. Поскольку интеллект является одной из общих способностей, последние влияют на него, что необходимо учитывать при характеристике практического интеллекта руководителя.

9. Вопросы по теме занятия

1. Дайте определение понятия сознание?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

2. Дайте определение понятия интеллект?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

3. Кто выделил два типа мышления?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

4. Что из себя представляет дивергентное мышление?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

5. Перечислите три уровня интеллекта?

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ЗАВИСИМОСТЬ ВОСПРИЯТИЯ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА И ОСОБЕННОСТЕЙ ЕГО ЛИЧНОСТИ:

- 1) апперцепция;
- 2) инсайт;
- 3) осмысленность;
- 4) перцепция;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

2. НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СООТНОШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ:

- 1) прикладная наука формирует академическую психологию;
- 2) академическая психология создает прикладные отрасли психологии, психологическую практику;
- 3) прикладные отрасли заимствуют у академической психологии объективно-научные методы;
- 4) академическая психология заимствует у прикладных отраслей опыт работы с клиентами;

Правильный ответ: 3

3. КОНСТАНТНОСТЬ ВОСПРИЯТИЯ - ЭТО СВОЙСТВО:

- 1) приобретенное;
- 2) генетически обусловленное;
- 3) врожденное;
- 4) частное;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

4. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ОСНОВАННЫЙ НА ПЕРЕХОДЕ ОТ ЧАСТНЫХ СУЖДЕНИЙ К ОБЩЕМУ ВЫВОДУ:

- 1) регистрация;
- 2) индуктивный;
- 3) ранжирование;
- 4) наблюдение;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

5. ВЫДЕЛЯЮТ КОЛИЧЕСТВО УРОВНЕЙ ИНТЕЛЛЕКТА:

- 1) 2;
- 2) 1;
- 3) 4;
- 4) 3;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Среди ученых нет единства во взглядах на вопрос: с чем человек приходит в жизнь. Некоторые ученые отрицают наличие у человека инстинктивных форм поведения.

Вопрос 1: Какое значение имеет для понимания человеческого развития различие инстинктивных, наследуемых и врожденных форм поведения?;

Вопрос 2: Что влияет на формирование качеств личности?;

1) Человек рождается на свет самым беспомощным, самым незрелым, неприспособленным к жизни. Это происходит потому, что у него минимальный по сравнению с животными фонд врожденных рефлексов (инстинктов). Инстинкт – это совокупность врожденных компонентов поведения и психики животных и человека, а инстинктивное поведение животных – совокупность сформировавшихся в процессе развития данного вида животных наследственно закрепленных, врожденных, общих для всех представителей вида компонентов поведения, составляющих основу жизнедеятельности животных. Преимущество же строения нервной системы ребенка заключается в том, что вскоре после рождения у него формируются новые, изменчивые и весьма сложные формы поведения. Все функции и умения ребенка отличаются гибкостью, изменчивостью, совершенством.;

2) Эти качества возникают в процессе онтогенеза под влиянием обучения.;

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

2. Как бы Вы объяснили следующие факты житейской и научной психологии.

Вопрос 1: Выпускники психологических факультетов отмечают, что они не отличаются от непсихологов способностью понимать других людей, умением строить, поддерживать и развивать межчеловеческие отношения?;

Вопрос 2: Медицинские психологи и психиатры утверждают, что стабильный процент среди молодых пациентов психиатрических клиник составляют студенты факультетов психологии?;

1) Способность понимать других людей, умение строить, поддерживать и развивать межчеловеческие отношения – это проявления житейского опыта человека, не имеющие под собой научных знаний, умений и навыков. Поэтому студенты психологических факультетов от непсихологов по данным основаниям не различаются.;

2) Данный факт обусловлен несколькими моментами: 1) на факультеты клинической психологии очень часто поступают молодые люди, имеющие проблему в психическом развитии, стремящиеся решить ее в процессе обучения. Погружение в профессию, требующую большого внутреннего ресурса, приводит к обострению проблем психического характера. 2) знакомство с различной симптоматикой психического нездоровья обуславливает излишнее самокопание и обнаружение данных проявлений у себя.;

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Анализ различных воззрений на сознание человека
2. Искусственный интеллект и теоретические проблемы психологии.
3. Тренинги и упражнения для развития интеллекта

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Нуркова, В. В. [Общая психология](#) : учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 524 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Маклаков, А. Г. [Общая психология](#) : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. - Санкт-Петербург : Питер, 2020. - 583 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общая психология (курс лекций МГУ)
(<https://www.youtube.com/watch?v=zWCKjoo6hNI&list=PLt3fgqeygGTVk5khY228EBHujarUgyLfv>)
Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть первая (<https://www.youtube.com/watch?v=LwCoUz95J2o>)
Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть вторая (<https://www.youtube.com/watch?v=si2iZPUoZz4>)

1. Тема № 9. Психология воображения (Компетенции: УК-5.3, УК-6.5)

2. Разновидность занятия: практическое

3. Методы обучения: частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о психическом процессе воображении, знакомство с базовыми типологиями и фундаментальными свойствами, характеризующих динамические особенности протекания психических процессов воображения.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** особенностей организации и ведения конструктивно равноправного взаимодействия с людьми с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции., **уметь** высказывать собственную точку зрения на факторы развития психического процесса, **владеть** способностью анализировать различные позиции на психические познавательные процессы

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** аудитория №2, учебная аудитория 205

- **оснащение занятия:** видеопроектор, наглядные пособия, ноутбук, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	20.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	40.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	35.00	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5	Самостоятельная работа	60.00	Выполнение задания.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	25.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	25.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	225	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Сознание человека способно не только хранить информацию об объектах, но и производить с ней различные операции. Человек выделился из животного царства потому, что научился создавать сложные орудия труда. Но для того, чтобы создать каменный топор, нужно было сначала создать его в своем воображении. Человек отличается от животных тем, что способен создавать в своем сознании образ еще не существующего предмета или явления, а потом воплощает его в жизнь. Ведь, чтобы преобразовать мир на практике, сначала нужно уметь преобразовывать его мысленно. Такое умение в мыслях строить новые образы называется воображением. Процесс воображения проявляется в создании человеком чего-то нового - новых образов и мыслей, на основе которых возникают новые действия и предметы. Воображение - часть сознания личности, один из познавательных процессов. В нем своеобразно и неповторимо отражается внешний мир, оно позволяет программировать не только будущее поведение, но и работать с образами прошлого.

Воображение - это процесс, творческого преобразования представлений, отражающих реальную действительность, и создание на этой основе новых представлений, отсутствующих ранее.

Воображение отличается от восприятия двумя способами:

- Источником возникающих образов служит не внешний мир, а память;
- Оно меньше соответствует реальности, так как всегда содержит элемент фантазии.

Функции воображения:

1. Представление действительности в образах, что дает возможность пользоваться ими, выполняя операции с воображаемыми предметами.
2. Формирование внутреннего плана действий (создание образа цели и нахождение способов ее достижения) в условиях неопределенности.

3. Участие в произвольной регуляции познавательных процессов(управление воспоминаниями)
4. Регулирование эмоциональных состояний (в аутотренинге, визуализации, нейролингвистическом программировании и др.)
5. Основа для творчества - как художественного(литература, живопись, скульптура), так и технического(изобретательство)
6. Создание образов, соответствующих описанию объекта(когда человек старается представить себе нечто, о чем он слышал или читал)
7. Продуцирование образов, которые не программируют, а заменяют деятельность (приятные грезы, подменяющие скучную реальность).

В зависимости от принципа, положенного в основу классификации.

Можно выделять разные виды воображения:

Активное воображение (преднамеренное) - создание человеком по собственному желанию новых образов или представлений, сопровождающееся определенными усилиями (поэт ищет новый художественный образ для описания природы, изобретатель ставит цель создать новое техническое устройство и пр.). Пассивное воображение (непреднамеренное) - при этом человек не ставит себе цели преобразования реальности, а образы спонтанно возникают сами (этот тип психических явлений включает в себя широкий спектр явлений, начиная от сновидений до идеи, внезапно и незапланированно возникшей в сознании). Продуктивное (творческое) воображение - создание принципиально новых представлений, не имеющих непосредственного образца, когда действительность творчески преобразуется по-новому, а не просто механически копируется или воссоздается. Репродуктивное (воссоздающее) воображение - создание образа предметов или явлений по их описанию, когда действительность воспроизводится по памяти.

Формы воображения:

Сновидения можно отнести к разряду пассивных и произвольных форм воображения. По степени преобразования действительности они могут быть или репродуктивными или продуктивными. Иван Михайлович Сеченов называл сновидения «небывалой комбинацией бывалых впечатлений», а современная наука полагает, они отражают процесс перевода информации из оперативной в долговременную память. Другая точка зрения заключается в том, что в сновидениях человека находят выражение и удовлетворение многие жизненно важные потребности, которые в силу ряда причин не могут получить реализации в реальной жизни.

Галлюцинация - пассивные и произвольные формы воображения. По степени преобразования действительности чаще всего бывают продуктивными. Галлюцинациями называют фантастические видения, не имеющие явной связи с окружающей человека действительностью. Обычно галлюцинации являются результатом каких-то нарушений психики или воздействием на мозг лекарственных или наркотических веществ.

Грезы в отличие от галлюцинаций являются вполне нормальным психическим состоянием, которое представляет собой фантазию, связанную с желанием, чаще всего несколько идеализируемым будущим. Это пассивный и продуктивный тип воображения.

Мечта от грезы отличается тем, что она более реалистична и в большей степени осуществима. Мечта относится к типу активных форм воображения. По степени преобразования действительности мечты чаще всего бывают продуктивными.

Грезы и мечты у человека занимают довольно большую часть времени, особенно в юности. Для большинства людей мечты являются приятными думами о будущем. У некоторых встречаются и тревожные видения, порождающие чувства беспокойства, вины, агрессивности.

Механизмы переработки представлений в воображаемые образы.

Создание образов воображения осуществляется с помощью нескольких механизмов:

Агглютинация - «складывание», «склеивание» различных, несоединимых в повседневной жизни частей. Примером может служить классический персонаж сказок - кентавр, Змей-Горыныч и пр

Гиперболизация - существенное увеличение или уменьшение предмета или отдельных его частей, которое приводит к качественно новым свойствам. Примером могут служить следующие сказочные и литературные персонажи: гигантский гомеровский циклоп, Гулливер, Мальчик-с-Пальчик. Акцентирование - выделение характерной детали в

создаваемом образе (дружеский шарж, карикатура).

Тест на определение уровня внимания «числовой квадрат»

Тест предназначен для оценки объема распределения и переключения внимания. Это свойство связано с успешностью деятельности во многих профессиях, имеющих дело с переработкой информации, точностью и скоростью реагирования на сигналы.

Инструкция.

Перед вами таблица № 1, в которой 25 чисел, и таблица № 2, в которой 40 чисел. Вам необходимо зачеркнуть в таблице № 2 числа, отсутствующие в таблице № 1.

Постарайтесь сделать это как можно быстрее.

Таблица № 1

14	5	31	27	37
40	34	23	1	20
19	16	32	13	33
2	6	8	25	9
12	26	36	28	39

Таблица № 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Обработка и интерпретация результатов

Если вам удалось зачеркнуть менее 10 цифр, то объем распределения вашего внимания целесообразно развивать. Тренируйтесь, и вас ждет успех.

Задание сложное, и если вам удастся его выполнить, то есть зачеркнуть более 10 цифр, то объем распределения вашего внимания достаточно высок. Ваши способности помогают вам справляться с задачами, требующими оптимального распределения внимания.

Ключ

Отсутствующие цифры: 3, 4, 7, 10, 11, 15, 17, 18, 21, 22, 24, 29, 30, 35, 38.

9. Вопросы по теме занятия

1. Дайте определение понятию воображение?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.5

2. Чем отличается воображение от восприятия?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.5

3. Назовите две формы воображения?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.5

4. Дайте определение галлюцинации?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.5

5. Что из себя представляет активное воображение?

Компетенции: УК-5.3, УК-6.5

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СРЕДИ СПОСОБНОСТЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ:

- 1) природные и специфические человеческие;
- 2) первичные и вторичные;
- 3) общие и специальные;
- 4) реализуемые и нереализуемые;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.3, УК-6.5

2. ПЕРВАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ БЫЛА СОЗДАНА:

- 1) Вильгельмом Вундтом;
- 2) Зигмундом Фрейдом;
- 3) Куртом Левином;
- 4) Зельцем Отто;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.3

3. КОНВЕРГЕНЦИЯ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К РАЗРАБОТАННОЙ В.ШТЕРНОМ ТЕОРИИ ОЗНАЧАЕТ:

- 1) схождение;
- 2) расхождение;
- 3) слияние;
- 4) параллелизм;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-6.5

4. СПОСОБНОСТИ, КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА УСПЕШНОСТЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ, УСВОЕНИЕ ЧЕЛОВЕКОМ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ, ФОРМИРОВАНИЯ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ:

- 1) теоретические;
- 2) креативные;
- 3) половозрастные;
- 4) учебные;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.3, УК-6.5

5. ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ - ЭТО:

- 1) включенность индивида в систему общественных отношений;
- 2) интеграция общественно значимых отношений в собственную систему отношений с миром;
- 3) выделенность человека из общественно значимых отношений;
- 4) неповторимое сочетание своеобразных психологических особенностей;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.3, УК-6.5

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Какие способы формирования нового образа можно усмотреть за следующими видами активности.

Вопрос 1: Опытный столяр долго прикидывал, как разместить элементы мебели в этой необычной прихожей?;

Вопрос 2: Желая сделать намек на недостаточные умственные способности своего персонажа, карикатурист изобразил его с предельно узким лбом?;

- 1) Активное воссоздающее.;
- 2) Определение воображения.;

Компетенции: УК-5.3, УК-6.5

2. Прокомментируйте приведенное ниже высказывание

Вопрос 1: Немецкого математика Д. Гильберта спросили об одном из его бывших учеников. — Ах, этот-то? — вспомнил Гильберт. — Он стал поэтом. Для математики у него было слишком мало воображения?;

Вопрос 2: Дайте определение воображению?;

- 1) действительно, нет никаких теоретических препятствий к тому, чтобы говорить о математическом, пространственном, техническом, поэтическом, музыкальном воображении. Поэтому Гильберта правомерно понять так, что его бывшему ученику недоставало именно математического воображения, что, вероятно, не относится к его поэтической фантазии.;
- 2) Воображение - это процесс, творческого преобразования представлений, отражающих реальную действительность, и создание на этой основе новых представлений, отсутствующих ранее.;

Компетенции: УК-5.3, УК-6.5

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Творческое воображение.
2. Воображение как психический познавательный процесс
3. Развитие творческого воображения.

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Нуркова, В. В. [Общая психология](#) : учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 524 с. - Текст : электронный.

- **дополнительная:**

Маклаков, А. Г. [Общая психология](#) : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. - Санкт-Петербург : Питер, 2020. - 583 с. -

Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общая психология (курс лекций МГУ)

(<https://www.youtube.com/watch?v=zWCKjo06hNI&list=PLt3fgqeygGTVk5khY228EBHujarUgyLfv>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть первая (<https://www.youtube.com/watch?v=LwCoUz95J2o>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть вторая (<https://www.youtube.com/watch?v=si2iZPUoZz4>)

1. Тема № 10. Психология эмоций и чувств. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.2, УК-6.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений об акцентуациях характера человека, знакомство с базовыми предметными категориями, формирование профессиональной позиции на проблему акцентуаций характера.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** особенностей организации и ведения конструктивно равноправного взаимодействия с людьми с учетом их социокультурных особенностей в целях успешного выполнения профессиональных задач и усиления социальной интеграции., **уметь** высказывать собственную точку зрения на факторы развития психического процесса, **владеть** навыком различать описание психических явлений: процессов, состояний и свойств личности

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** аудитория №2

- **оснащение занятия:** видеопроектор, наглядные пособия, ноутбук, экран

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	20.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	40.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5	Самостоятельная работа	60.00	Выполнение задания.
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	25.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	20.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	225	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Адаптированный характерологический опросник К. Леонгарда - Г. Шмишека.

Согласно теории «акцентуированных личностей» существуют черты личности, которые сами по себе еще не являются патологическими, однако могут при определенных условиях развиваться в положительном или отрицательном направлении. Эти черты являются как бы заострением некоторых присущих каждому человеку индивидуальных свойств. Данный опросник позволяет определить эти акцентуации, т.е. выраженность отдельных черт характера, которые можно отнести к крайней психической норме. При неблагоприятных обстоятельствах они могут привести к патологическим нарушениям и изменениям поведения личности.

Предлагается ответить на 88 вопросов, касающихся различных сторон Вашей личности. Рядом с номером вопроса поставьте знак «+» (да), если согласны, или «-» (нет), если не согласны. Отвечать необходимо быстро, долго не задумывайтесь.

Максимальная сумма баллов после умножения — 24. По некоторым источникам, признаком акцентуации считается величина, превосходящая 12 баллов. Другие же на основании практического применения опросника считают, что сумма баллов в диапазоне от 15 до 19 говорит лишь о тенденции к тому или иному типу акцентуации. И лишь в случае превышения 19 баллов черта характера является акцентуированной.

Выделенные Леонгардом 10 типов акцентуированных личностей разделены на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективный, эмотивный).

Демонстративный тип. Характеризуется повышенной способностью к вытеснению, демонстративностью поведения, живостью, подвижностью, легкостью в установлении контактов. Склонен к фантазерству, лживости и притворству, направленным на приукрашивание своей персоны, авантюризму, артистизму, позерству. Им движет стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти, похвалы; перспектива быть незамеченным отягощает его. Он демонстрирует высокую приспособляемость к людям,

эмоциональную лабильность (легкую смену настроений) при отсутствии действительно глубоких чувств, склонность к интригам (при внешней мягкости манеры общения). Отмечается беспредельный эгоцентризм, жажда восхищения, сочувствия, почитания, удивления. Обычно похвала других в его присутствии вызывает у него особо неприятные ощущения, он этого не выносит. Стремление к компании обычно связано с потребностью ощутить себя лидером, занять исключительное положение. Самооценка сильно далека от объективности. Может раздражать своей самоуверенностью и высокими притязаниями, сам систематически провоцирует конфликты, но при этом активно защищается. Обладая патологической способностью к вытеснению, он может полностью забыть то, о чем он не желает знать. Это расковывает его во лжи. Обычно лжет с невинным лицом, поскольку то, о чем он говорит, в данный момент для него является правдой; по-видимому, внутренне он не осознает свою ложь или же осознает очень неглубоко, без заметных угрызений совести. Способен увлечь других неординарностью мышления и поступков.

Застревающий тип. Его характеризует умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с этим проявляет настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствителен к обидам и огорчениям, уязвим, подозрителен, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен «легко отходить» от обид. Для него характерна заносчивость, часто выступает инициатором конфликтов. Самонадеянность, жесткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят к настойчивому утверждению своих интересов, которые он отстаивает с особой энергичностью. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется, и проявляет большое упорство в достижении своих целей. Основными чертами являются склонность к аффектам (правдолюбие, обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в проявлении аффектов, в мышлении, в моторике.

Педантичный тип. Характеризуется ригидностью, инертностью психических процессов, тяжестью на подъем, долгим переживанием травмирующих событий. В конфликты вступает редко, выступая скорее пассивной, чем активной стороной. В то же время очень сильно реагирует на любое проявление нарушения порядка. На службе ведет себя как бюрократ, предъявляя окружающим много формальных требований. Пунктуален, аккуратен, особое внимание уделяет чистоте и порядку, скрупулезен, добросовестен, склонен жестко следовать плану, в выполнении действий нетороплив, усидчив, ориентирован на высокое качество работы и особую аккуратность, склонен к частым самопроверкам, сомнениям в правильности выполненной работы, брюзжанию, формализму. С охотой уступает лидерство другим людям.

Возбудимый тип. Недостаточная управляемость, ослабление контроля над влечениями и побуждениями сочетаются у людей такого типа с властью физиологических влечений. Для него характерны повышенная импульсивность, инстинктивность, грубость, занудство, угрюмость, гневливость, склонность к хамству и брани, к трениям и конфликтам, в которых сам он и является активной, провоцирующей стороной. Раздражителен, вспыльчив, часто меняет место работы, неуживчив в коллективе. Отмечается низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций, тяжеловесность поступков. Для него никакой труд не становится привлекательным, работает лишь по мере необходимости, проявляет такое же нежелание учиться. Равнодушен к будущему, целиком живет настоящим, желая извлечь из него массу развлечений. Повышенная импульсивность или возникающая реакция возбуждения гасятся с трудом и могут быть опасны для окружающих. Он может быть властным, выбирая для общения наиболее слабых.

Гипертимический тип. Людей этого типа отличает большая подвижность, общительность, болтливость, выраженность жестов, мимики, пантомимики, чрезмерная самостоятельность, склонность к озорству, недостаток чувства дистанции в отношениях с другими. Часто спонтанно отклоняются от первоначальной темы в разговоре. Везде вносят много шума, любят компании сверстников, стремятся ими командовать. Они почти всегда имеют очень хорошее настроение, хорошее самочувствие, высокий жизненный тонус, нередко цветущий вид, хороший аппетит, здоровый сон, склонность к чревоугодию и иным радостям жизни. Это люди с повышенной самооценкой, веселые, легкомысленные, поверхностные и, вместе с тем, деловитые, изобретательные, блестящие собеседники; люди, умеющие развлекать других, энергичные, деятельные, инициативные. Большое стремление к самостоятельности может служить источником конфликтов. Для них характерны вспышки гнева, раздражения, особенно когда они встречают сильное противодействие, терпят неудачу. Склонны к аморальным поступкам, повышенной раздражительности, прожектерству. Испытывают недостаточно серьезное отношение к своим обязанностям. Они трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

Дистимический тип. Люди этого типа отличаются серьезностью, даже подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий. Для них характерны пессимистическое отношение к будущему, заниженная самооценка, а также низкая контактность, немногословность в беседе, даже молчаливость. Такие люди являются домоседами, индивидуалистами; общества, шумной компании обычно избегают, ведут замкнутый образ жизни. Часто угрюмы, заторможены, склонны фиксироваться на теневых сторонах жизни. Они добросовестны, ценят тех, кто с ними дружит, и готовы им подчиниться, располагают обостренным чувством справедливости, а также замедленностью мышления.

Тревожный тип. Людям данного типа свойственны низкая контактность, минорное настроение, робость, пугливость, неуверенность в себе. Дети тревожного типа часто боятся темноты, животных, страшатся оставаться одни. Они сторонятся шумных и бойких сверстников, не любят чрезмерно шумных игр, испытывают чувство робости и застенчивости, тяжело переживают контрольные, экзамены, проверки. Часто стесняются отвечать перед классом. Охотно подчиняются опеке старших, нотации взрослых могут вызвать у них угрызения совести, чувство вины, слезы, отчаяние. У них рано формируется чувство долга, ответственности, высокие моральные и этические требования. Чувство собственной неполноценности стараются замаскировать в самоутверждении через те виды деятельности, где они могут в большей мере раскрыть свои способности.

Свойственные им с детства обидчивость, чувствительность, застенчивость мешают сблизиться с теми, с кем хочется; особо слабым звеном является реакция на отношение к ним окружающих. Непереносимость насмешек, подозрения сопровождаются неумением постоять за себя, отстоять правду при несправедливых обвинениях. Редко вступают в конфликты с окружающими, играя в них в основном пассивную роль; в конфликтных ситуациях они ищут поддержки и опоры. Они обладают дружелюбием, самокритичностью, исполнительностью. Вследствие своей незащитности нередко служат «козлами отпущения», мишенями для шуток.

Экзальтированный тип. Яркая черта этого типа людей - способность восторгаться, восхищаться, а также — улыбочивость, ощущение счастья, радости, наслаждения. Эти чувства у них могут часто возникать по причине, которая у других не вызывает большого подъема; они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние — от печальных. Им свойственна высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость. Такие люди часто спорят, но не доводят дела до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях они бывают как активной, так и пассивной стороной. Они привязаны к друзьям и близким, альтруистичны, имеют чувство сострадания, хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Могут быть паникерами, подвержены сиюминутным настроениям, порывисты, легко переходят от состояния восторга к состоянию печали, обладают лабильностью психики.

Эмотивный тип. Этот тип людей родственен экзальтированному, но проявления его не столь бурны. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная черта - гуманность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность, сорадование чужим успехам. Они впечатлительны, слезливы, любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди. Подростки остро реагируют на сцены из фильмов, где кому-либо угрожает опасность; сцена насилия может вызвать у них сильное потрясение, которое долго не забудется и может нарушить сон. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не «выплескиваются» наружу. Им свойственны обостренное чувство долга, исполнительность. Бережно относятся к природе, любят выращивать растения, ухаживать за животными.

Циклотимный тип. Характеризуется сменой гипертимных и дистимных состояний. Людям этого типа свойственны частые периодические смены настроения, а также зависимость от внешних событий. Радостные события вызывают у них картины гипертимии: жажда деятельности, повышенная говорливость, скачки идей; печальные - подавленность, замедленность реакций и мышления; так же часто меняется их манера общения с окружающими людьми.

В подростковом возрасте можно обнаружить два варианта циклотимической акцентуации: типичные и лабильные циклоиды. Типичные циклоиды в детстве обычно производят впечатление гипертимных, но затем проявляются вялостью, упадок сил; то, что раньше давалось легко, теперь требует непомерных усилий. Прежде шумные и бойкие, они становятся вялыми домоседами; наблюдаются падение аппетита, бессонница или, наоборот, сонливость. На замечания реагируют раздражением, даже грубостью и гневом, в глубине души, однако, впадая при этом в уныние, глубокую депрессию, не исключены суицидальные попытки. Учатся неровно, случившиеся упущения наверстывают с трудом, порождают в себе отвращение к занятиям. У лабильных циклоидов фазы смены настроения обычно короче, чем у типичных циклоидов. «Плохие» дни отмечаются более насыщенными дурным настроением, чем вялостью. В период подъема явно выражены желания иметь друзей, быть в компании. Настроение влияет на самооценку.

9. Вопросы по теме занятия

1. Эмоции в античной философии.

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

2. Виды эмоций.

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

3. Формирование эмоций у человека.

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

4. Какие виды навыков выделяют?

Компетенции: УК-5.2

5. В каких формах существует сознание?

Компетенции: УК-5.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ И СОСТОЯНИЯ В ЖИЗНИ ОРГАНИЗМА ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ:

- 1) только приспособительную;
- 2) только мобилизационную;
- 3) только приспособительную и интегративную;
- 4) приспособительную, мобилизационную и интегративную;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

2. НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СООТНОШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ:

- 1) прикладная наука формирует академическую психологию;
- 2) академическая психология создает прикладные отрасли психологии, психологическую практику;
- 3) прикладные отрасли заимствуют у академической психологии объективно-научные методы;
- 4) академическая психология заимствует у прикладных отраслей опыт работы с клиентами;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.2

3. СТОРОННИКОМ КАКОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ БЫЛ И.П.ПАВЛОВ:

- 1) интроспективной психологии;
- 2) ассоциативной психологии;
- 3) гештальтпсихологии;
- 4) психоанализа;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.2

4. ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПОНЯТИЕ В ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОЗЗРЕНИЯХ А.МАСЛОУ:

- 1) гомункулус;
- 2) самоактуализация;
- 3) либидо;
- 4) инсайт как процесс переструктурирования;

Правильный ответ: 2

5. ВИД СПОСОБНОСТЕЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ СКЛОННОСТЬ ЧЕЛОВЕКА К АБСТРАКТНО-ЛОГИЧЕСКОМУ МЫШЛЕНИЮ:

- 1) теоретические.;
- 2) креативные.;
- 3) половозрастные.;
- 4) учебные.;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-6.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Первоначальная реакция страха обычно сопровождается криком, плачем, возбужденными движениями. Если на этом этапе первоначальная реакция страха не будет подавлена решительной командой, реакция будет нарастать. Далее нарастание идет по циркулярной реакции: страх одних отражается другими, что, в свою очередь, усиливает страх первых.

Вопрос 1: Какая закономерность эмоций представлена?;

Вопрос 2: Как можно назвать реакцию страха, если она проявляется в экстремальной ситуации;

- 1) Психическое (эмоциональное) заражение;
- 2) Острая реакция на стресс;

Компетенции: УК-5.2, УК-6.2

2. 1) Психология выявляет закономерности, действующие в сфере психического отражения действительности, а также регуляции поведения и деятельности. 2) Психология раскрывает индивидуальность личности, неповторимое сочетание особенностей восприятия и осмысления действительности конкретным человеком, а также его переживаний, стремлений и действий. 3) Предметом психологической науки являются физиологические процессы, происходящие в мозгу при отражении действительности в форме ощущений, образов восприятия и воображения, мыслей, мотивов, эмоций и чувств. 4) Психология — это наука о сознании, в котором функционируют ощущения, образы восприятия и воображения, мысли, складываются отношения к действительности в форме эмоций, чувств и мотивов поведения. 5) Психология рассматривает факты, события психической жизни.

Вопрос 1: Какие из приведенных ниже суждений характеризуют предмет психологической науки?;

Вопрос 2: Почему другие утверждения не являются правильными?;

- 1) Предмет психологической науки характеризуется в суждениях 1, 2, 5, взятых вместе.;
- 2) В суждении 4 этот предмет неправомерно сужается, поскольку в сфере интересов психологии оказывается только высшая форма психической жизни — сознание. В высказывании 3 осуществляется подмена предмета

психологической науки предметом физиологии.;

Компетенции: УК-6.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

1. Ч. Дарвин «Выражение эмоций у человека и животных»
2. Эмоциональное выгорание

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Нуркова, В. В. [Общая психология](#) : учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 524 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Маклаков, А. Г. [Общая психология](#) : учебник для вузов / А. Г. Маклаков. - Санкт-Петербург : Питер, 2020. - 583 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Общая психология (курс лекций МГУ)

(<https://www.youtube.com/watch?v=zWCKjo06hNI&list=PLt3fgqeygGTVk5khY228EBHujarUgyLfv>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть первая (<https://www.youtube.com/watch?v=LwCoUz95J2o>)

Общая психология. Сознание и бессознательное. Часть вторая (<https://www.youtube.com/watch?v=si2iZPUoZz4>)

1. Тема № 11. Психический дизонтогенез: методологические принципы. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.1)

2. Разновидность занятия: практическое

3. Методы обучения: Не указано

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о нарушениях психического развития в детском возрасте как о науке, понимания специфичности и уникальности психологического знания, закрепление базовых предметных категорий, позволяющее включаться в профессиональное сообщество, формирование профессиональной ментальности, становление профессиональной позиции.

5. Цели обучения

- обучающийся должен знать , уметь , владеть

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний, умений	10.00	Тестирование
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Обсуждение докладов по теме занятия. Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа	15.00	Дискуссия по вопросам к теме и обсуждение рефератов. Решение ситуационных задач
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тестирование
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия, и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Для реализации практических задач необходимо не только теоретико-методологическое выделение «особой реальности психического», но и описание ее структурных компонентов, проявляющихся в наблюдаемой и регистрируемой феноменологии. Именно из этих соображений М.М. Семаго, Н.Я. Семаго предлагают использовать трехкомпонентную модель анализа психического развития (рис.1).

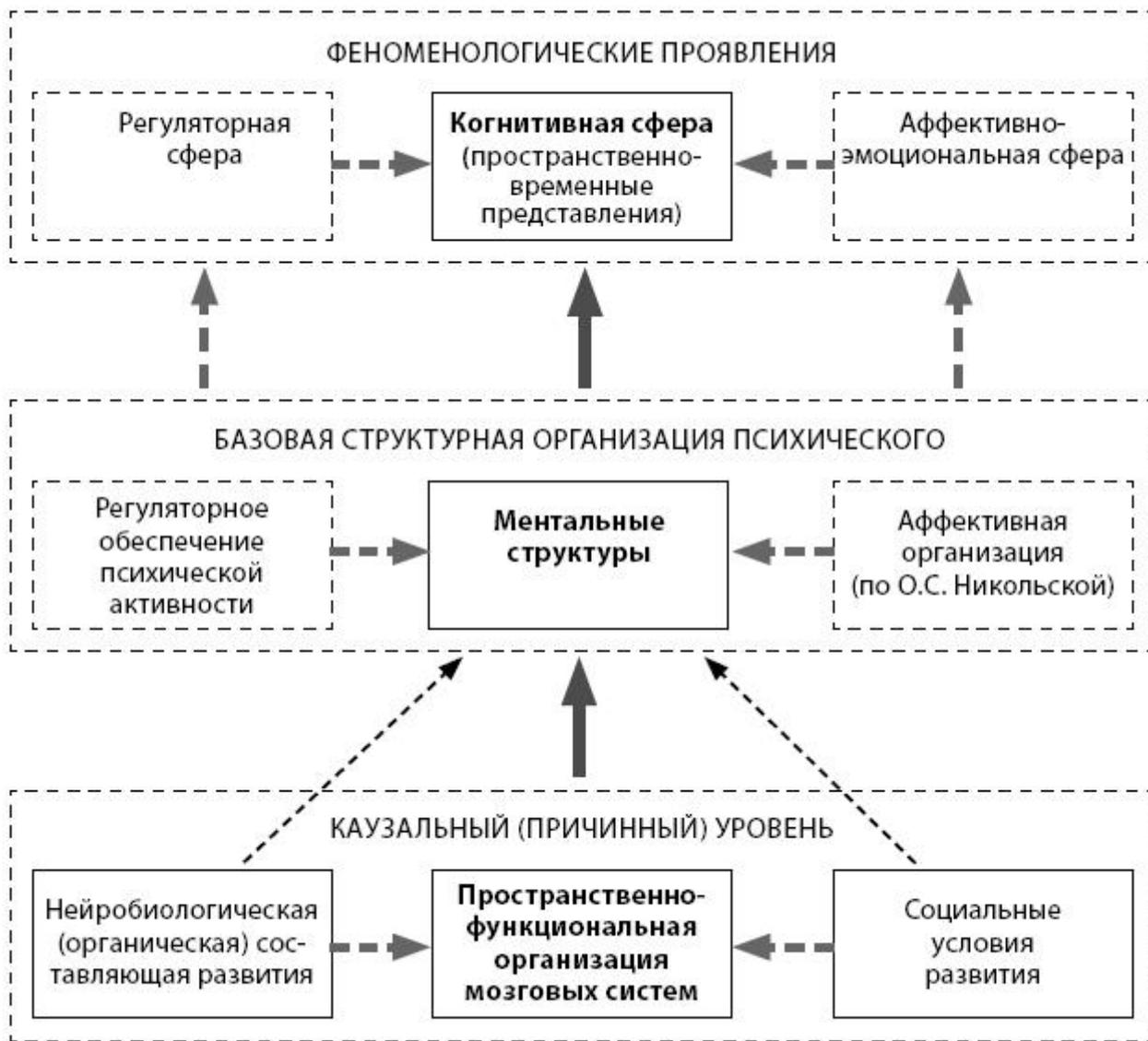


Рис. 1. Модель анализа психического развития

В модели анализа психического развития выделяют когнитивную, аффективно-эмоциональную и регуляторно-волевую сферы, соотносимые с издревле выделяемыми разумом, чувством и волей.

В основу предлагаемой модели легло представление о базовой структурной организации психического.

Выделяют три уровня анализа психического развития, представляющие вертикальную структуру:

- Каузальный уровень (уровень причин).
- Уровень базовой структурной организации.
- Феноменологический уровень.

Каждый из этих уровней представляет собой горизонтально организованную взаимосвязанную структуру, также состоящую из трех компонентов.

Каузальный уровень содержит следующие компоненты:

- нейробиологическую организацию;
- пространственно-функциональную организацию мозговых систем;
- социальные условия развития.

Уровень базовой структурной организации психического включает в себя:

- регуляторные структуры обеспечения психической активности;
- ментальные структуры (по М.А. Холодной);
- аффективную организацию поведения и сознания (по О.С. Никольской).

Феноменологический уровень представлен следующими компонентами:

- регуляторно-волевая сфера;
- когнитивная сфера;
- аффективно-эмоциональная сфера.

Каузальный уровень анализа

Это наиболее глубокий уровень анализа. Исследование нейробиологической организации как одной из причин специфики развития не является в полном объеме задачей психолога, однако уметь использовать в анализе медицинские данные, получаемые врачами различных специализаций, может и должен любой психолог, который хочет обогатить свой опыт и стать настоящим профессионалом. Согласно современным исследованиям, патология практически любой системы организма ребенка (эндокринной, соединительнотканной и т.п., а не только центральной нервной системы) может стать первопричиной проблем и специфики психического развития.

Особое внимание в структуре каузального уровня должно быть уделено оценке пространственно-функциональной организации мозговых систем, в частности, становлению специализации полушарий мозга и прогрессирующей латерализации, формированию внутримозговых взаимодействий. Очевидно, что она в определенной степени связана с нейробиологической организацией и находится в зависимости от нее – в первую очередь от состояния центральной нервной системы (ЦНС).

Хотя исторически анализ пространственно-функциональной организации мозговых систем относится к компетенции нейропсихолога, психологу образования также необходимо уметь проводить его и учитывать его результаты при постановке психологического диагноза, подготовке рекомендаций родителям и педагогам, другим специалистам сопровождения. Большое количество левосторонних предпочтений, неустоявшаяся к определенному возрасту (примерно к 7–8 годам) или смешанная латерализация часто свидетельствуют о недостаточных резервных, компенсаторных возможностях ребенка. Мы рассматриваем этот компонент психического развития как определяющий ресурсные возможности ребенка и в то же время как важный прогностический фактор.

На практике часто возникает необходимость анализа роли третьего компонента этого уровня – социальных условий развития в общей структуре первопричин психического дизонтогенеза. Мы говорим не только о проблемах педагогической или микросоциальной запущенности, внутрисемейной ситуации, межличностных отношений, но и о проблемах двуязычия (или полилингвизма), этнических различиях в условиях вынужденного переселения, внутренней и внешней миграции и других социальных процессах, включая техногенные катастрофы. Сюда же следует отнести и климатогеографические условия, в которых находится ребенок. Особенно это важно для ситуации развития и обучения детей в экстремальных условиях Крайнего Севера, Восточной Сибири, регионов Дальнего Востока. Огромное значение имеет и образовательная среда – как один из источников многих наблюдаемых особенностей психического развития ребенка. Требования, которые система образования предъявляет к ребенку, диктуются не только спецификой взаимоотношений с учителем, другими взрослыми, но и особенностями образовательной программы, в рамках которой идет обучение, организацией образовательного пространства в целом. Эти и многие другие компоненты образовательной среды часто «выталкивают» ребенка за пределы социально-психологического норматива и являются причиной специфики его развития. Важно осознать эти обстоятельства, найти им место в структуре целостного анализа состояния ребенка и сделать соответствующие выводы.

Уровень базовой структурной организации психического

В основе представлений о механизмах психического развития в предлагаемой модели лежат современные исследования в рамках школ отечественной когнитивной психологии, нейропсихологии детского возраста, работы с детьми с эмоциональными нарушениями, а также наша более чем двадцатилетняя диагностическая и коррекционная деятельность с различными группами детей с отклоняющимся развитием. Все это позволило сформулировать и конкретизировать представление о базовой структурной организации психического, а также об особенностях сформированности компонентов этой структуры при различных типах развития отклоняющегося и легло в основу представленной здесь психологической типологии отклоняющегося развития.

Регуляторное обеспечение психической активности, ментальные структуры и аффективную организацию можно анализировать через наблюдаемые на феноменологическом уровне проявления регуляции, пространственно-

временных представлений и эмоционально-поведенческих актов.

В свою очередь, каждый из этих компонентов может быть представлен как сложная многоуровневая система, которая планомерно разворачивается (формируется и преобразовывается) в процессе развития ребенка. Формирование каждой из этих структур в норме происходит синхронно и взаимозависимо со структурами двух других компонентов. Причем в случае условно-нормативного развития изменения структурной системы происходят в соответствии с постулатом структурной гармонии и с определенными закономерностями, в том числе и математическими.

Базовая структурная организация психического развития, с одной стороны, определяется нейробиологическими, функциональными и социальными причинами, с другой, – сама является в определенной степени причиной (базой, «каркасом»), изоморфно представленной в соответствующих психических феноменах.

Для любого варианта условно-нормативного или отклоняющегося развития характерна определенная структура сформированности механизмов психической деятельности, отражаемая в структуре произвольной регуляции, пространственных представлений, поведения. Это дает возможность проводить оценку индивидуальных различий ребенка в рамках условно-нормативного развития и типологизировать развитие отклоняющееся.

Каждая выделяемая в рамках отклоняющегося развития категория детей обладает оригинальным «профилем», спецификой сформированности всех трех компонентов базовой структурной организации психического. Подобную специфику можно рассмотреть как критерий определения типа (вида, варианта, формы) отклоняющегося развития, что квалифицируется как психологический синдром – основной компонент психологического диагноза.

Как уже отмечалось, каждый из трех компонентов также может рассматриваться как многоуровневая структура, которую мы оцениваем в определенной иерархической последовательности.

Регуляторное обеспечение психической активности как модулирующее все развитие ребенка следует поставить на первое место.

Его уровневая структура:

1-й уровень. Регуляторное обеспечение двигательной активности.

2-й уровень. Программирование и контроль.

3-й уровень. Рефлексивно-волевая регуляция.

4-й уровень. Регуляторное обеспечение межличностных коммуникаций.

Произвольность психической активности корнями уходит в формирование двигательной произвольности. По мере развития ребенка двигательная регуляция, преобразовываясь и формируя все более сложные подуровни, входит как неотъемлемая часть в виде пока еще неосознаваемых программирующих и контролирующих операций в произвольную регуляцию высших психических процессов и функций (памяти, внимания, различных форм речемыслительной деятельности). В свою очередь, и этот уровень произвольной регуляции, развиваясь и усложняя свою структуру, включается в уже осознаваемую (рефлексивную) регуляцию сначала с элементами волевого усилия, а затем со все более и более осознанными волевыми актами, формируя полноценную рефлексивно-волевою регуляцию.

Позднее всех в феноменологическом поле проявляется регуляторное обеспечение межличностных коммуникаций, которое не может не базироваться на онтогенетически более ранних уровнях. Это не означает, что межличностная коммуникация не присутствует в той или иной степени во всем психическом развитии. Ведь даже в возрасте 8-9 месяцев, когда у нормально развивающегося ребенка возникает «страх чужого», уже можно говорить об определенном уровне межличностных отношений не только с родными, но и с незнакомыми людьми.

Важно, что и в этом случае, и при формировании других составляющих действует принцип: дефицитарность предыдущего, более раннего уровня непременно влечет за собой и недостаточную сформированность всех последующих компонентов системы.

Хорошо известно, например, что расторможенный ребенок, который не в состоянии регулировать двигательную или речевую активность, будет иметь проблемы и в формировании взаимоотношений со сверстниками и взрослыми. При этом апелляция к правилам поведения не приведет к желаемому эффекту.

Ментальные структуры. Не менее важным для развития познавательной деятельности ребенка является формирование ментальных структур (по М.А.Холодной), феноменологически проявляющихся в пространственно-временных представлениях непосредственно в когнитивной сфере. Эта система начинает формироваться в раннем

возрасте, возможно, даже до момента рождения. Недостаточность сформированности пространственных и так называемых квази-пространственных представлений (по А.Р. Лурия) напрямую влияет на уровень актуального речевого и интеллектуального развития ребенка, проявляясь в нарушениях графической деятельности, чтения, письма, сформированности математических операций, абстрактно-логического компонента речемыслительной деятельности.

Можно выделить, по крайней мере, четыре основных уровня сформированности ментальных структур которые включаются в познавательную деятельность в определенной последовательности.

Уровни ментальных структур:

1-й уровень. Телесные интеграции (сенсомоторные телесные интеграции, целостная схема тела).

2-й уровень. Пространственная целостность (возможность целостного анализа собственной телесности и пространства окружающих объектов).

3-й уровень. Пространство речи и языка (лингвистическое или речезыковое пространство).

4-й уровень. Межличностное пространство субъекта.

Как и в случае произвольной регуляции, все эти уровни формируются в онтогенезе синхронно, последовательно проходя ряд стадий.

Телесные интеграции. В первую очередь формируются ощущения, идущие от проприоцептивных рецепторов («темное мышечное чувство» по И.М. Сеченову), глубокая чувствительность. Уже в первые месяцы жизни эти ощущения начинают интегрироваться в разнообразные сенсомоторные поля. Они появляются при изменении положения тела и конечностей, а также в ситуациях смены напряжения расслаблением и наоборот, что определяет развитие регуляции (своего рода произвольности) в овладении своим телом и формировании схемы тела. Здесь же следует сказать об ощущениях «внутреннего телесного мира» (голод, сытость, болевые ощущения), а также взаимодействия тела с внешним физическим пространством, то есть интегративных ощущениях границ собственного тела. Они формируют знание о расположении частей своего тела. В дальнейшем процесс формирования телесности не прекращается, и в более старших возрастах начинает распространяться на окружающие объекты.

Уровень пространственной целостности определяет возможность анализа пространственного расположения объектов как по отношению к собственному телу, так и между собой, отражает не всегда вербализуемые представления ребенка о том, где находится тот или иной предмет (топологические представления). Это знание о местонахождении предметов с использованием представлений (а в дальнейшем и слов) «верх - низ», «спереди - сзади», сторон тела, а также метрических представлений, с помощью которых оценивается, насколько далеко в расположен какой-либо предмет. Весьма важна на этом уровне возможность анализа пространственных взаимоотношений между двумя и более предметами, находящимися в окружающем пространстве. Основным итогом становится целостная интегрированная картина физического мира (целостные структурно-топологические представления).

Пространство речи и языка возникает на определенном этапе речевого развития, когда у ребенка - вначале в импрессивном плане, а позже (иногда параллельно) в экспрессивном - появляется возможность вербализации. Здесь также можно говорить об определенной последовательности появления в речи обозначений топологического плана (тут, вот, там) и лишь позже - слов, обозначающих координатные и метрические представления (дальше, ниже, сзади, слева...). Лингвистические пространственные представления вместе с регуляцией можно рассматривать как основу речевой деятельности. Это один из основных компонентов собственно когнитивного развития ребенка. К подобным представлениям можно отнести, помимо возможности понимания и актуализации сложных речевых конструкций, словообразование, в том числе множественного числа, притяжательных местоимений, овладение последовательностью времен года, дней недели и т. п.

Межличностное пространство ребенка формируется на фоне достаточности всей системы нижележащих пространственных представлений, включая и самый глубокий уровень - телесных интеграций, в тесной взаимосвязи как с произвольной регуляцией поведения, так и с эмоциональным контролем (4-й уровень аффективной организации по О.С.Никольской).

Недостаточная сформированность ментальных структур напрямую влияет на развитие когнитивных функций ребенка в целом, что феноменологически проявляется не только в особенностях речи, проблемах овладения чтением, письмом математическими операциями, графической деятельностью, но и в специфике формирования языковой личности в целом.

Развитие аффективно-эмоциональной сферы опирается на сформированность системы аффективной организации поведения и сознания – третьего элемента базовой структурной организации психического.

Уровневая система базовой аффективной регуляции была разработана в школе К.С. Лебединской – О.С. Никольской (1990, 2000).

Согласно теории О.С. Никольской, аффективная организация (как объяснительная модель) может быть представлена в виде четырехуровневой системы, описывающей универсальные механизмы адаптации субъекта к окружающему миру:

1-й уровень. Аффективная пластичность (более раннее название – полевая реактивность).

2-й уровень. Аффективные стереотипы.

3-й уровень. Аффективная экспансия.

4-й уровень. Эмоциональный контроль.

На каждом из них решаются качественно различные задачи адаптации в мире: они не могут подменить друг друга, а ослабление или усиление функционирования одного из них приводит к явлениям общей дизадаптации.

Уровень аффективной пластичности участвует в решении базовых задач адаптации организма во внешней среде. Его смыслом является организация аффективной преднастройки к активному контакту с окружающим: наиболее примитивная оценка самой возможности контакта с внешним миром. Аффективно значимыми на этом уровне являются впечатления динамики интенсивности внешних воздействий: движения, изменение пространственных соотношений в окружающем и т. п. Выполняя фоновые функции в осуществлении эмоционально-смысловой адаптации к окружающему, этот уровень в то же время обеспечивает тоническую регуляцию аффективных процессов.

Следующей ступенью углубления аффективного контакта со средой (адаптации) является уровень аффективных стереотипов. В раннем возрасте он играет важнейшую роль в отработке приспособительных реакций ребенка – пищевых, оборонительных, установления физического контакта с матерью, в дальнейшем развиваясь как компонент сложных форм адаптации и определяя полноту и своеобразие чувственной жизни человека. Можно сказать, что именно этот уровень закладывает основы формирования индивидуальности человека через создание собственных стереотипов и выявление пристрастий в сенсорных контактах со средой. Подобные аффективные стереотипы являются фоновым обеспечением самых сложных форм поведения человека, задавая аффективный смысл поведения.

Уровень аффективной экспансии – это обеспечение активной адаптации к изменяющимся условиям внешней среды через преодоление неожиданных препятствий является следующей ступенью развития эмоционального контакта со средой. Его приспособительным смыслом является овладение неизвестной, следовательно, опасной ситуацией и с помощью этого – через запуск исследовательского поведения, поиск преодоления трудностей – получение положительных переживаний успеха, победы, преодоления. На этом уровне решаются куда более сложные задачи адаптации в меняющемся, нестабильном мире.

Уровень эмоционального контроля обеспечивает налаживание эмоционального взаимодействия с другими людьми: разработку способов ориентировки в их переживаниях, формирование правил, норм взаимодействия. Включая в себя нижележащие уровни, он обеспечивает контроль над индивидуальной аффективной жизнью, приводя ее в соответствие с требованиями и нормами окружающих и социума в целом. Именно на этом уровне поведение организуется по сложному кодексу эволюционных правил контакта.

Аффективная организация определяет не только эмоционально-личностную структуру ребенка, чувственную ткань его существования, особенности его взаимоотношений с окружающей средой, но и в огромной степени «энергетизацию» и тонизацию всей психической активности.

Анализ этой системы как основы аффективно-эмоциональной сферы в целом позволяет несколько по-иному взглянуть на развитие ребенка, этапы этого развития, возможности построения развивающей и коррекционной работы.

Феноменологический уровень анализа

Феноменологически развитие можно анализировать по трем основным сферам: регуляторно-волевой, когнитивной и аффективно-эмоциональной. Их взаимодействие определяет весь спектр познавательных (в том числе речевых) и поведенческих актов, рефлексивных и личностных проявлений.

Именно такие определения сфер психического адекватны и эффективны для задач практики. Волю необходимо включить в регулятивную сферу как ее наивысший, предельно осознанный уровень.

Если когнитивную, познавательную сферу можно рассматривать как систему когниций, познавательных процессов (память, внимание, восприятие и т. п.), то в понятие «познавательная деятельность» обязательно должен быть включен процесс регуляции, без которого никакая деятельность не может существовать.

Подобное обоснование - это некое упрощение, схематизация, как, впрочем, и любая модель есть упрощение жизни, которую она описывает. Но в практике диагностической и коррекционно-развивающей деятельности оно вполне адекватно. В основе всех наблюдаемых феноменов находится триада компонентов базовой структурной организации психического. Рассматривая эту триаду как взаимосвязанную и синхронно формирующуюся структуру, можно представить ее в виде треугольника, стороны которого демонстрируют триединую взаимосвязь произвольной регуляции, пространственных представлений и аффективной организации (рис. 2).

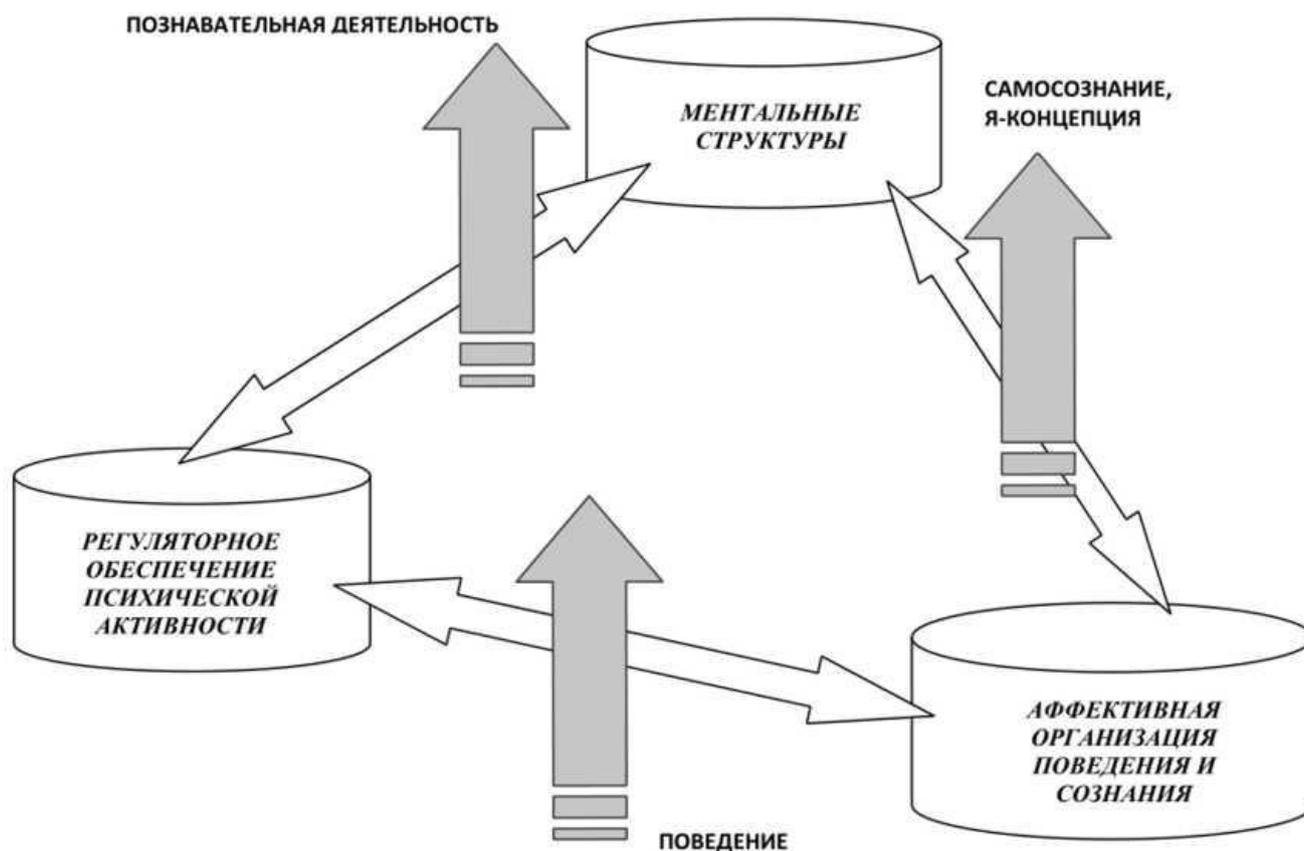


Рис. 2. Треугольник взаимодействия компонентов базовой структурной организации психического, определяющих состояние регуляторно-волевой, когнитивной и аффективно-эмоциональной сфер и их взаимодействия в структуре познавательной деятельности, поведения и самосознания.

Подобные взаимосвязи (стороны треугольника) определяют отдельные области психического, в которых каждые две базовые составляющие можно рассматривать в качестве основных компонентов (при обязательном вспомогательном включении третьего).

Анализ психического развития ребенка с точки зрения особенностей произвольной регуляции психической активности, произвольных форм деятельности и сформированности пространственно-временных репрезентаций (как основы когнитивной сферы) дает возможность оценить уровень сформированности познавательной деятельности в целом. При этом необходимо включать в познавательную деятельность и систему аффективной организации как ее чувственной ткани и мотивационного компонента. Но произвольную регуляцию и пространственные представления все же следует рассматривать как приоритетные.

Оценка сформированности произвольной регуляции вкупе с аффективной организацией дает нам возможность проанализировать поведение ребенка, которое может протекать только во времени и пространстве и имеет определенный уровень когнитивной проработки.

Аффективная организация во взаимосвязи с пространственновременными репрезентациями дают возможность оценить сформированность Я-концепции, самосознания ребенка. [Эти составляющие личностного развития, субъекта деятельности теснейшим образом связаны с телесностью и не могут формироваться без регуляторного компонента.](#)

Подобное видение роли этих компонентов в развитии ребенка оказалось эффективным и позволило снизить вероятность диагностических ошибок в ситуации дифференциальной диагностики различных вариантов отклоняющегося развития.

В целом включение представления о базовой структурной организации психического в практику педагога-психолога позволяет, опираясь на выявленный профиль сформированности уровней каждой из них, не только понять механизмы наблюдаемых феноменов, но и осуществить синдромальный психологический анализ, отнести развитие конкретного ребенка к тому или иному типологическому варианту.

Саму же оценку сформированности этих структур, проявляющихся в соответствующих феноменологических образованиях, можно рассматривать в качестве одного из ключевых моментов психологического обследования. Понимание структуры и специфики сформированности этих компонентов психического развития не только лежит в основе постановки психологического диагноза, но и позволяет осуществить прогноз дальнейшего развития, определить пути адекватной коррекционно-развивающей работы всех специалистов, включенных в работу с ребенком.

Предлагаемая модель анализа - всего лишь объяснительная. На практике мы можем увидеть и оценить лишь феноменологические проявления особенностей психического развития ребенка. Мы можем выяснить представления нейрофизиолога, педиатра, невролога или психиатра о нейробиологической организации ребенка, можем услышать доказательства нейропсихолога о существовании пространственно-функциональной организации мозговых систем, в определенной степени подтвержденное данными компьютерной томографии и ЭЭГ. Но психолог образования может увидеть лишь отражение этой организации в виде профиля латеральных предпочтений.

Оценка базовых структур психического развития также может быть проведена исключительно через наблюдаемую деятельность ребенка (познавательную, поведенческую, проявления эмоций, отношения и т. п.). Сами же структуры существуют лишь в виде доказательного объяснения. Таким образом, базовая структурная организация психического развития оказывается как бы встроенной, «вложенной» в лежащую на поверхности феноменологию.

Предлагаемая модель позволяет определить критерии разграничения условно-нормативного развития и развития отклоняющегося. Но прежде чем привести эти критерии необходимо дать определение понятию «отклоняющееся развитие».

Это понятие одновременно отражает и качественно-количественные, и статико-динамические характеристики состояния ребенка. Аналогичные понятия (отклонения в развитии, особые состояния, проблемные дети и т. п.) не отражают динамический аспект развития, а констатируют некий набор показателей, характеризующих различные типы развития в конкретный момент времени, в отдельный возрастной период.

Использование понятия «отклоняющееся развитие» требует учета того, «что отклоняется» и от «чего отклоняется» - то есть соотнесения с показателями условно-нормативного развития, следовательно, должно быть определено и понятие «нормативное». Но это является камнем преткновения психологической диагностики. Вообще использование понятия «норма» по отношению к развивающемуся ребенку подвергается большому сомнению. Как справедливо отмечал К.М. Гуревич (Психологическая диагностика, 2000), проблема нормативности диагностики развития далека от своего разрешения и смыкается с проблемой нормативности психического развития в разные возрастные периоды, а она очень сложна и мало разработана. Само понятие «норма» должно быть соотнесено с теми требованиями, которые предъявляет к ребенку социум.

В настоящее время есть разные определения понятия «норма».

Статистическая норма определяется как уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы людей того же возрастного диапазона, пола, культуры и т. п. Основной сложностью использования статистической нормы в оценке развития ребенка является то, что для этого, учитывая особенности нашей страны, многообразие различных факторов, требуется поистине гигантский объем исследований, которые необходимо проводить систематически лишь в отдельных регионах. Обоснованность перенесения таких нормативов на всю детскую популяцию представляется сомнительной.

В основе концепции функциональной нормы лежит представление о неповторимости пути развития каждого человека и о том, что любое отклонение следует рассматривать только в сопоставлении с индивидуальной

направленностью развития этого человека (Основы специальной психологии, 2002). Но в этой ситуации трудно организовать фронтальное обучение детей по определенным стандартам. А именно это и является основой нашего образования. Да и определить индивидуальную тенденцию как «гармоничный баланс между личностью и социумом» в связи с отсутствием критериев такого баланса тоже весьма проблематично.

Можно говорить и о некоей идеальной норме – оптимальном развитии личности, реализуемом в оптимальных для нее социокультурных условиях. Идеальная норма служит исключительно целям теоретического описания психического развития и вряд ли может встретиться в реальной практике.

В реальной жизни зачастую возникает ситуация, когда одни показатели удовлетворяют статистической норме, а другие выходят за ее пределы. Чем больше показателей оценивается и анализируется, тем большими могут быть рассогласования. Подобное противоречие может быть разрешено обращением к типологическому анализу, типологической норме и соответственно использованию типологической модели (Грибова, 2001).

Наиболее подходящим кажется понятие «социально-психологический норматив» (СПН), разработанное в школе К.М. Гуревича.

□ Социально-психологический норматив можно определить как «систему требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов. <...> Требования, составляющие содержание СПН <...> являются идеальной моделью требований социальной общности к личности. Такие требования <...> закреплены в виде правил, норм, предписаний <...> Они присутствуют в образовательных программах, в профессиональных и квалификационных характеристиках, общественном мнении учителей, воспитателей, родителей. Такие нормативы историчны, они меняются вместе с развитием общества» (Психологическая диагностика, 2000, с. 217-218).

Для психологов образования наиболее важными являются требования, заложенные в образовательные программы, технологии, обеспечивающие требуемые социумом образцы поведения и обучения ребенка.

Исходя из этого, понятие «отклоняющееся развитие» можно сформулировать следующим образом:

□ Отклоняющееся развитие – это выход психического развития в целом или его отдельных системообразующих компонентов, (структур, функциональных систем) за пределы социально-психологического норматива (условно-нормативного развития), определяемого для конкретной образовательной, социокультурной, национальной/этнической ситуации вне зависимости от знака отклонения (опережение или запаздывание).

Таким образом, понятие «отклоняющееся развитие» отражает динамический характер процесса психического развития ребенка и в ситуации изменения СПН, в частности введения инновационных образовательных программ, изменения структуры и содержания учебно-методических комплексов, дидактического наполнения образования, а также социальных требований, возникающих в ситуации цивилизационных сдвигов в образовании. Подразумевается, что дети с условно-нормативным развитием обладают достаточным ресурсом, чтобы гибко ответить всем «вызовам» образовательной системы. На практике же часть детей, находящихся на границе своих ресурсных возможностей, при подобной смене образовательных и/или социальных требований не могут успешно приспособиться. За пределами условно-нормативного «коридора» социокультурных (в том числе и образовательных) требований их развитие сначала в поведенческом, а затем и в познавательном плане начнет приобретать черты отклоняющегося. В зависимости от особенностей сформированности функциональных психических систем и лежащих в их основе механизмов психического развития состояние может быть квалифицировано в рамках одного из вариантов отклоняющегося развития. Это определит и характер комплексного сопровождения ребенка в образовательной среде (Семаго М.М., 2003), специфику коррекционно-развивающей работы специалистов с учетом возникших особых образовательных потребностей ребенка.

Ориентируясь на это понятие, можно говорить и о применимости трехкомпонентной модели анализа психического развития к развитию отклоняющемуся. При различных вариантах отклоняющегося развития будет наблюдаться специфика не только феноменологических проявлений, но и стоящих за ними механизмов психического развития и базовых структур. Таким образом, модель может быть использована для оценки как условно-нормативного, так и отклоняющегося развития.

Характер и степень сформированности уровневых компонентов базовой структурной организации психического (регуляции психической активности, ментальных структур и аффективной организации) – основной дифференциально-диагностический критерий разграничения категорий отклоняющегося развития.

Существуют и другие критерии:

- Специфика раннего развития ребенка, особенности сформированности (синхронизация/десинхронизация

структурных переходов) уровневой структуры регуляции, пространственно-временных представлений и феноменологии, отражающей характер сформированности аффективной организации.

• Показатели обучаемости, адекватности и критичности, которые выступают как неспецифические критерии выделения типов, видов и вариантов отклоняющегося развития.

9. Вопросы по теме занятия

1. Общая характеристика трехкомпонентной модели анализа психического развития.
2. Описание компонентов казуального уровня анализа
3. Описание компонентов базовой структурной организации психического
4. Назовите неспецифические критерии выделения типов, видов и вариантов отклоняющегося развития.
5. Назовите специфические критерии выделения типов, видов и вариантов отклоняющегося развития.

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПОНЯТИЕ НАРУШЕНИЯ (ДЕФЕКТА) В СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ – ЭТО:

- 1) органическое поражение какого-либо органа, которое, раз возникнув, никуда не исчезает, даже, если функция органа не нарушена;
- 2) нарушение адаптационных механизмов;
- 3) недостаточность какой-либо из функций, которая нарушает весь ход психического развития только при определенных условиях;
- 4) временная недостаточность какой-либо функции;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.1

2. ДВА ВИДА ОГРАНИЧЕНИЙ, СОЗДАЮЩИХ ДЛЯ СБД НОВУЮ СОЦИАЛЬНУЮ СИТУАЦИЮ РАЗВИТИЯ:

- 1) ограничение движения, ограничение познавательной деятельности;
- 2) ограничение движения, ограничение творческой деятельности;
- 3) ограничение движения, СДВГ;
- 4) ограничение движения, ограничение учебной деятельности;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1

3. К ПРОДУКТИВНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) бред, тоска, галлюцинации;
- 2) апатия, амнезия, гипомнезия;
- 3) врожденное слабоумие при олигофрении;
- 4) слабоумие при шизофрении;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1

4. ПРИ АУТИЗМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) дефицит эмоциональных проявлений и сферы общения;
- 2) шутовство;
- 3) апатия;
- 4) эмоциональная лабильность;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1

5. ХАРАКТЕР — ЭТО:

- 1) совокупность устойчивых черт личности;
- 2) эмоциональное состояние;
- 3) физиологические способности;
- 4) темперамент;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Выделяют следующие закономерности, общие для развития нормального и аномального ребенка

Вопрос 1: Различия темпов в психическом развитии;

Вопрос 2: Как происходит созревание психических функций;

- 1) Темп психического развития отличается неравномерностью, в разные периоды проходит ускоренно или замедленно;
- 2) Созревание психических функций происходит поэтапно (циклично), в каждом последующем возрастном периоде наступает их качественное преобразование и совершенствование;

Компетенции: УК-5.1

2. Одна из первых закономерностей была выведена Л.С. Выготским. Таким образом, была показана причинная

обусловленность изменения развития аномального ребенка: наступившее в том или ином звене нарушение закономерно в силу действия общих законов психологического развития влечет за собой изменение развития аномального ребенка, что проявляется в отклонениях, различных по своему характеру, силе и значимости у каждой категории аномальных детей. Однако общим для всех случаев является то, что возникшие изменения оказывают влияние на весь дальнейший ход развития ребенка.

Вопрос 1: Какая основная закономерность выведена Выготским?

Вопрос 2: Всегда ли первичный дефект оказывает влияние на последующее развитие ребенка?

1) Наличие первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, влечет за собой появление вторичных нарушений, возникающих в ходе последующего аномального развития.;

2) Да.;

Компетенции: УК-5.1

12. Примерная тематика НИРС по теме

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **дополнительная:**

Неретина, Т. Г. [Специальная педагогика и коррекционная психология](#) : учеб.-метод. комплекс / Т. Г. Неретина. - 4-е изд., стер. - М. : Флинта , 2019. - 376 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 12. Этиопатогенез нарушенного развития. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.1)

2. Разновидность занятия: практическое

3. Методы обучения: Не указано

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о нарушениях психического развития в детском возрасте как о науке, понимания специфичности и уникальности психологического знания, закрепление базовых предметных категорий, позволяющее включаться в профессиональное сообщество, формирование профессиональной ментальности, становление профессиональной позиции.

5. Цели обучения

- обучающийся должен знать, уметь, владеть

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащённость
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний, умений	10.00	Тестирование
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Обсуждение докладов по теме занятия. Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа	15.00	Дискуссия по вопросам к теме и обсуждение рефератов. Решение ситуационных задач
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тестирование
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия, и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Онтогенез и дизонтогенез. Роль экзогенных факторов в формировании дизонтогенеза.

Онтогенез – индивидуальное развитие животного или растительного организма от момента его зарождения до конца жизни. Онтогенез представляет собой развитие наследственной основы организма в конкретных условиях внешней среды. В онтогенезе каждый организм проходит через последовательные периоды развития. В онтогенезе человека различают: пренатальный (зародышевый, или эмбриональный), натальный и постнатальный периоды, в каждом из которых имеется ряд стадий с характерными особенностями. Так, постнатальный период делится на период новорождённости и грудного возраста; детство и младший школьный возраст; пубертатный период; зрелость; старость.

Самый интенсивный период развития мозга эмбриона – 2-11 недели. Но в целом этот важнейший орган формируется долго, на протяжении всей беременности матери. Ежеминутно число нервных клеток возрастает в среднем в 20000 раз. Мозг только что родившегося ребёнка весит около 400 граммов и составляет около 15 миллиардов нервных клеток. Чтобы полностью развиться (уже не в утробе матери), потребуются годы, в течение которых сформируется сеть, объединяющая нервные клетки. Поэтому для развития мозга эмбриона, плода или ребёнка до одного года очень опасно воздействие любых отрицательных физических, химических или биологических факторов.

Дизонтогенез (disontogenesis) – это нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза.

По мнению исследователей, практически почти любое более или менее длительное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонению психического развития. Его проявления будут различны в зависимости от этиологии, локализации, степени распространенности и выраженности поражения, времени его возникновения и длительности воздействия, а также социальных условий, в которых оказался больной ребенок. Эти факторы определяют и основную модальность психического дизонтогенеза, обусловленную тем, страдают ли первично зрение, слух, моторика, интеллект, потребностно-эмоциональная сфера.

Среди экзогенных причин дизонтогенеза выделяют факторы, оказывающие негативное влияние на развитие ребёнка в пренатальный (до начала родовой деятельности), натальный (в период родовой деятельности) и постнатальный периоды (после родов, имевшие место, прежде всего, с раннего детства до трёх лет).

Врождённые нарушения появляются вследствие воздействия отрицательных факторов на эмбрион или плод

(эмбрионом считается жизнь от времени оплодотворения половых клеток до девяти недель; плодом – будущий новорождённый в утробе матери от девяти недель до девяти месяцев). Отрицательные факторы сильнее всего нарушают те органы и системы, которые в это время развиваются интенсивнее. Например, наиболее важный период развития органов зрения и слуха – 3-9 недели. Внутренние органы в основном формируются на 7-9 неделях. В эти периоды названные органы и системы наиболее чувствительны и быстро поражаются под воздействием отрицательных факторов.

Внутриутробные поражения мозга, по наблюдениям специалистов, чаще всего обусловлены вирусными инфекциями, перенесёнными матерью во время беременности, особенно на её ранних этапах (краснуха, свинка, корь и др.). Определённое значение имеют такие хронические заболевания. Как токсоплазмоз, сифилис. В настоящее время всё большее значение придаётся внутриутробным интоксикациям. Сюда относится так называемая «алкогольная эмбриопатия», обусловленная хроническим алкоголизмом матери, интоксикация плода рядом лекарственных препаратов. Причиной дизонтогенеза может быть влияние радиоактивного и рентгеновского облучения на половые клетки родителей и сам плод. Имеют значение и эндокринные заболевания матери, недостаточность её сердечно-сосудистой системы, лёгких, печени, почек, несовместимость крови матери и плода. При различных причинах внутриутробного поражения общим фактором, нарушающим развитие мозга плода, является хронический недостаток кислорода (внутриутробная гипоксия).

В.В.Лебединский отводит значительную роль времени воздействия негативных факторов на организм. Так поражение в первую треть беременности, когда происходит закладка и интенсивное формирование мозговых систем, может привести к умственной отсталости.

Ранее большое значение в происхождении умственной отсталости уделялось патологии родов: родовой травме и асфиксии. В настоящее время этому фактору отводится меньшая роль, так как согласно исследованиям неблагоприятные роды чаще всего бывают при плоде, неполноценном уже внутриутробно.

Среди экзогенных причин дизонтогенеза в раннем детстве выделяются заболевания менингитом, менингоэнцефалитом, возникшим как в результате нейроинфекции, так и тяжёлых форм общесоматических инфекций: дизентерии, кори, скарлатины и т.д. Определённое место отводится черепно-мозговым травмам, реже – опухолям.

Факторы, нарушающие развитие ребёнка, находящегося в утробе матери (включая состояние здоровья матери), называются тератогенами.

Таким образом, к экзогенным факторам риска, способным вызвать серьёзные отклонения в физическом и психическом развитии детей, относятся:

1. Инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, токсоплазмоз, грипп).
2. Венерические заболевания (гонорея, сифилис).
3. Эндокринные заболевания матери, в частности сахарный диабет; несовместимость по резус-фактору.
4. Алкоголизм и прием наркотиков родителями, и особенно матерью.
5. Биохимические вредности (радиация, экологическое загрязнение окружающей среды, наличие в окружающей среде тяжёлых металлов, таких как ртуть, свинец, использование в агротехнике искусственных удобрений, пищевых добавок, неправильное использование медицинских препаратов и др.), воздействующих на родителей до наступления беременности или на мать во время беременности, а также на самих детей в ранние периоды постнатального развития.
6. Серьёзные отклонения в соматическом здоровье матери, включая недоедание, гиповитаминоз, опухолевые заболевания, общую соматическую ослабленность.
7. Гипоксия (кислородная недостаточность).
8. Токсикозы матери во время беременности.
9. Патологическое протекание родовой деятельности, особенно сопровождающееся травматизацией головного мозга;
10. Мозговые травмы и тяжёлые инфекционные и токсико-дистрофические заболевания, перенесённые ребёнком в раннем возрасте;
11. Хронические заболевания (астма, заболевания крови, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез),

начавшиеся в раннем возрасте.

Специфика воздействия неблагоприятных факторов на организм в период развития плода.

Большую группу нарушений вызывают неблагоприятные факторы, действующие на организм в период развития плода.

Неблагоприятные воздействия на плод в период от 3 до 10 недель развития могут быть причинами формирования грубых пороков развития нервной системы. В том случае, если нарушения возникают на более поздних этапах развития, выраженность дефекта может варьироваться в разной степени: от грубого нарушения функции или её полного отсутствия до лёгкой задержки темпа развития.

По наблюдениям исследователей, мозг наиболее чувствителен к различным влияниям в критические периоды своего развития, когда формируются наиболее важные функциональные системы, наблюдается интенсивная дифференциация нервной системы.

Одним из факторов, наиболее отрицательно влияющим на развивающийся организм, является радиация. Большая радиоактивность опасна для здоровья и жизни, как женщины, так и ребёнка. Беременная женщина, получив большие дозы радиации, может родить ребёнка с различными соматическими и психическими нарушениями.

Другим неблагоприятным фактором, действующим на развитие ребёнка в пренатальный период, являются травмы матери во время беременности. При повреждении брюшной полости беременной женщины из-за физической травмы может быть повреждён и плод. Особенно опасны сдавливания в этой области. Отрицательное воздействие на эмбрион или плод может оказать вибрация, а также высокая или очень низкая температура, как самой женщины, так и окружающей обстановки. Именно поэтому, по мнению специалистов, работа будущей матери на производстве с вредными условиями является серьёзным фактором риска рождения больного ребёнка.

Отрицательное действие химических веществ, в том числе и лекарственных препаратов, проявляется в интоксикации (отравлении) организма. Особенно опасно употреблять новые, не проверенные временем лекарства. Так, в 40-е годы XX века изобретение стрептомицина и лечение им беременных женщин и новорождённых детей приводило к атрофии слухового нерва и глухоте ребёнка. Для будущего ребёнка опасны успокаивающие и снотворные препараты, которые проникают через плаценту в мозг, печень, почки. Катастрофически на развитие плода действует хинин, который некоторые женщины употребляют для избавления от беременности. Чаще всего такая попытка заканчивается неудачей, а эмбрион сильно поражается и в дальнейшем развивается с тяжёлыми нарушениями.

Нередко в первые недели женщина не знает о своей беременности и может употреблять антибиотики, барбитураты или другие медикаменты, оказывающие отрицательное влияние на эмбрион, или находить под воздействием отрицательных внешних факторов. Желателен полный отказ от лекарств на весь период беременности и кормления ребёнка грудью. Человечеству известны случаи, когда «безобидное» снотворное (талидомид) привело к трагедии в Европе: несколько тысяч детей родились и живут без пальцев, без рук или с изуродованными руками и ногами. Куиноформ (препарат от желудочно-кишечных заболеваний, принимаемый беременными) в Японии вызвал у многих новорожденных паралич ног и потерю зрения. Пострадало около 20000 человек. Противопоказаны мочегонные средства. Антибиотики не только губят микрофлору в организме, но часто оказывают иммунодепрессивное действие на организм женщины, что ведет к преждевременным родам. Врачи предостерегают: надо быть осторожными с приемом пенициллина, тетрациклина, аспирина, анальгина и т.д. Во избежание неблагоприятных последствий для развития ребенка необходимо оберегать плод от пищевых интоксикаций. Продукты сомнительной свежести следует исключать из употребления.

К экзогенным причинам дизонтогенеза, действующим негативно в пренатальный период на развитие ребёнка, относятся алкоголизм или наркомания родителей. Употребление алкоголя или наркотиков нарушает половые клетки матери или отца, замедляя физическое развитие плода. Постоянное употребление 75-80 граммов крепких спиртных напитков или 120-150 граммов слабоалкогольных может вызвать алкогольный синдром плода. Этот синдром диагностируется у 2-3 новорожденных из каждой 1000. Алкогольная интоксикация пагубно воздействует на плод, потому что его печень не имеет фермента, разлагающего алкоголь, который разносится по организму, особенно тяжело поражая головной мозг. Из-за воздействия алкоголя ребёнок может родиться с интеллектуальными нарушениями, неврозами, эпилепсией, нарушениями половой системы. Установлено, что более 60% детей, страдающих эпилепсией, рождаются у родителей, употребляющих алкоголь.

Исследования последних лет показали: у беременных женщин, регулярно употребляющих алкоголь, он накапливается не столько в крови, сколько в околоплодных водах. То есть фактически плод находится в «резервуаре» со спиртным. Проникая в клетки эмбриона, алкоголь угнетает в них синтез ДНК и РНК и, соответственно, синтез белка. Он также обуславливает дефицит витаминов и нарушает обмен веществ.

Тератогенное действие алкоголя зависит от стадии внутриутробного развития, во время которой на плод негативно влиял алкоголь. Так, употребление спиртных напитков беременной женщиной в первые четыре недели беременности вызывает токсичный и мутагенный эффекты, значительно повышающие риск ранней гибели плода. Наибольшую опасность представляет употребление алкоголя в первые три-семь недель беременности. Влияние этанола в этот период вызывает задержку роста клеток и структурную дезорганизацию центральной нервной системы. Последствия алкогольного влияния на плод зависят от многих факторов. Безусловно, важную роль играет объем употребленных спиртных напитков и их частота. Тем не менее, как свидетельствуют научные исследования, не существует единой для всех безопасной дозы, поскольку пагубность влияния алкоголя также зависит от особенностей женского организма.

Распространенность алкогольного синдрома составляет 1-2 на 1000 беременностей, и он включает следующие признаки:

1. Внутриутробная задержка развития.
2. Микроцефалия.
3. Микрофтальмия.
4. Умственная отсталость и другие неврологические нарушения.
5. Специфические аномальные черты лица (уплощенные переносица и губной желобок, узкая верхняя губа и срастание век в углах глаз, уплощение затылка).

Наркотики также оказывают отрицательное воздействие на формирование плода. Если беременная женщина употребляет героин, ребёнок рождается с меньшим весом, медленнее растёт, у него наблюдаются судороги и нарушения умственного развития.

На нормальное развитие плода также влияет негативно отравление никотином. Курящие женщины чаще рожают преждевременно, дети рождаются недоношенными, со слабой нервной системой. Курение женщин повышает патологию беременности, опасность осложнений в родах и рождение неполноценного ребёнка.

Среди экзогенных факторов дизонтогенеза выделяют несколько групп болезней: паразитарные инфекции, вирусные инфекции, гормональные заболевания и соматические расстройства.

Примером паразитарной инфекции является токсоплазмоз, который вызывается простейшими одноклеточными организмами, живущими в крови домашних животных. Попадая в кровь женщины, они легко проникают через плацентарный барьер и вызывают тяжёлые поражения головного мозга, зрения, слуха ребёнка.

На развитие плода могут повлиять грипп, корь, краснуха, сифилис и другие инфекции, которыми может заболеть женщина во время беременности.

Инфекционные поражения эмбриона в первые недели беременности всегда имеют отрицательные последствия, потому что у эмбриона нет защитных механизмов. Инфекционные болезни во время последних месяцев беременности могут не вызывать нарушений развития плода. Исключение составляет сифилис, который поражает плод в любом периоде беременности. Ребёнок с врождённым сифилисом чаще всего является умственно отсталым, у него повреждается слух, зрение, нарушается строение опорно-двигательного аппарата.

Соматические заболевания матери, особенно сердечно-сосудистой системы, приводят к гипоксии плода - кислородному голоданию, которое может серьёзно повредить мозг ребёнка.

Одним из повреждающих факторов является резус-конфликт, возникающий при несовместимости, например, резус-положительной крови матери и резус-отрицательной крови плода. Антитела могут попасть в организм плода и вызвать распад эритроцитов. В результате этого распада из эритроцитов выделяется особое, токсичное для центральной нервной системы вещество - непрямой билирубин. Под влиянием непрямого билирубина в первую очередь поражаются подкорковые отделы мозга, слуховые ядра, что приводит к нарушениям слуха, речи, расстройствам эмоциональной сферы и поведения. Возникает так называемая билирубиновая энцефалопатия. Такой новорождённый рождается с гемолитической болезнью (тяжёлая патология, при которой в крови ребёнка до и после его появления на свет распадаются эритроцитарные элементы — красные клетки), как следствие, имеет малокровия, нарушения обмена веществ, поражение нервной системы.

Причиной нарушения развития ребёнка может быть искусственное прерывание беременности - аборт. Предшествующие аборты, по наблюдениям специалистов, отрицательно влияют на следующие беременности, вызывая аномалии плаценты и преждевременные роды. Очень часто такие дети страдают от нарушений мозгового кровообращения. У 70% из них отмечается кровоизлияние в мозг. Наряду с искусственными абортами нередко

встречаются и выкидыши. Чаще всего их вызывают заболевания беременной женщины, неполноценное питание, отравление алкоголем, никотином, ртутью, недостаток витаминов и др.

Помимо биологического аспекта, прерывание беременности имеет и морально-нравственный аспект. Многие учёные приходят к выводу, что невозможно установить момент, когда эмбрион становится человеком. Первым из органов эмбриона свои функции начинает выполнять сердце. Уже в конце второй недели в зачатках сердца начинается правильная пульсация – около 90 ударов в минуту, у 50-дневного фиксируются импульсы мозга. Трёхмесячный плод поворачивает головку, делает движения, нащупывает рот и сосет палец. Таким образом, прерывание беременности в любые сроки, по мнению ряда исследователей, равносильно убийству нерождённого ребенка, и актуальной задачей общества является формирование культуры планирования семьи, сознательного зачатия и деторождения.

В последние годы интерес вызывают особенности развития детей, рождённых с применением экстракорпорального оплодотворения. Исследование Е.В. Соловьевой показало, что дети, рождённые в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, особенно те, кто зачат после многократных попыток ЭКО, могут попадать в группу риска по психическому развитию.

Развитие пренатальной психологии убедительно доказывает, что ребёнок во внутриутробном состоянии может слышать звуки, чувствовать состояние матери и окружающих близких. Отрицательные переживания женщины в период беременности воспринимаются ребёнком как угроза жизни, на эмоциональном уровне закладываются в подсознание и негативно отражаются на психическом здоровье и формировании полноценной личности.

Последствия воздействия экзогенных факторов на организм ребёнка в натальный и постнатальный периоды онтогенеза.

Приобретённые нарушения включают разнообразные отклонения в развитии, вызванные родовыми и послеродовыми поражениями организма ребёнка.

Ведущее место в натальный период занимают асфиксия – кислородная недостаточность – и внутричерепная родовая травма. От асфиксии страдает от 4 до 6 % новорожденных. Асфиксия может развиваться при затяжных родах и другой патологии. Она требует незамедлительной реанимации ребёнка сразу после рождения, так как от её продолжительности зависит степень повреждения функций мозга.

К внутричерепной родовой травме относят кровоизлияние в мозг и его оболочки, другие расстройства мозгового кровообращения. Возникновению внутричерепной травмы способствуют различные виды акушерской патологии (неправильное предлежание плода, узкий таз и др.), а также неправильная техника родоразрешения, например, щипцовые роды, во время которых происходит механическая травма головки ребёнка и, как следствие, повреждаются сосуды мозга. Родовые травмы случаются как при затяжных, так и при стремительных родах, при рано отошедших водах, несоответствии размеров бедер матери и величины плода. Чаще всего травмируется голова новорожденного, вследствие чего может произойти кровоизлияние в мозг, повреждение мозга или его покрытия. При родовых травмах могут повредиться мышцы, суставы и кости новорождённого (например, вывих плеча, перелом ключицы). При затяжных родах нередко используется инструментальное вспоможение. Это весьма опасно, так как может повредить ещё не сросшиеся кости черепа ребёнка и нарушить систему кровообращения мозга.

Особую группу составляют детские церебральные параличи, которые развиваются в результате повреждения мозга. Их характерная особенность – нарушение моторного развития ребёнка, обусловленное неправильным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений. Двигательные нарушения часто сочетаются с задержкой психического и речевого развития.

Наиболее тяжелые отклонения в развитии возникают при клинической смерти новорожденных, которая возникает при сочетании внутриутробной патологии с тяжелой асфиксией в родах. Установлена определенная зависимость между длительностью клинической смерти и тяжестью поражения ЦНС. При клинической смерти более 7-10 минут часто возникают малообратимые изменения со стороны ЦНС с проявлениями в дальнейшем детского церебрального паралича, речевых расстройств, нарушений умственного развития.

Постнатальные нарушения развития чаще всего являются следствием перенесённых в раннем детстве заболеваний. К ним относятся инфекционные заболевания нервной системы, – такие нейроинфекции, как менингит (острое воспаление оболочек головного и спинного мозга, вызывается менингококком или пневмококком; болезнь начинается внезапно: у ребёнка болит голова, наблюдается высокая температура, рвота, могут быть потеря сознания, эпилептические приступы) и энцефалит. Источником вируса первичного энцефалита бывают некоторые грызуны, козы, коровы и птицы. Переносят же его в основном клещи. Болезнь начинается через 1-2 недели после укуса зараженного клеща. У ребёнка повышается температура, болит и кружится голова, появляются слабость, тошнота, нарушается сон. Вторичный энцефалит начинается у больных гриппом, токсоплазмозом, бруцеллезом, краснухой. Эти заболевания могут привести к развитию гидроцефалии (водянке головного мозга, перепроизводству

ликвора, скапливающемуся под оболочками мозга и сдавливающему его), глухоте, слепоте, двигательным расстройствам, задержке психического развития. Последствия перенесённого энцефалита (воспаления головного мозга) во многом зависят от возраста ребёнка. В раннем детстве он может стать причиной глубоких задержек развития, умственной отсталости, также аффективных вспышек, неустойчивости настроения. Для детей и подростков эта болезнь может иметь разрушительные последствия: нарушения психики, интеллекта, паралич, эпилептические приступы.

Полиомиелит – это инфекционный детский паралич, разрушающий центральную нервную систему. Чаще болеют дети в возрасте от 1 до 5 лет. Полиомиелит вызывается вирусом. Заразиться можно через воду, пищу, грязные руки, иногда – через воздух. При заражении повышается температура, болит голова, конечности, появляются насморк, кашель, иногда случается рвота. Через 2-5 дней наступает паралич ног, рук, мышечной ткани. Последствия полиомиелита часто остаются на всю жизнь: атрофия мышц, деформация рук, ног, позвоночника.

Черепно-мозговые травмы составляют от 25 до 45% всех случаев повреждений в детском возрасте. Они делятся на открытые, проникающие в мозг или его оболочки, и закрытые, при которых целостность костной ткани и мозговых оболочек не нарушена (сотрясения, сдавления, ушибы мозга). Следствием черепно-мозговых травм могут быть патологические изменения двигательных и психических функций (параличи, расстройства слуха, зрения, нарушения памяти и речи, снижение интеллектуальных способностей). При этом степень повреждения зависит от вида, обширности, локализации травмы. Однако нет прямой корреляции между, например, частотой травм и повреждением психических функций из-за высокой пластичности нервной системы ребёнка, способности восстанавливать и компенсировать нарушенные функции.

Все перечисленные причины могут вызывать как органические, так и функциональные нарушения, при которых происходит расстройство деятельности органов и систем, вызывают тяжелые и длительные соматические заболевания ребёнка. Особенно опасны в первый месяц жизни дизбактериоз и диспепсия, приводящие к расстройству питания, воспалительные заболевания, цепочки детских инфекций. Отклонения возникают в результате накопления в организме токсинов, неблагоприятно действующих на нервные клетки.

Из причин социального плана исследователи отмечают эмоциональную депривацию – недостаточность эмоционального положительного контакта со взрослым, неудовлетворение психических потребностей ребёнка. Так называемый «госпитализм», характерный для детей, от которых отказались родители, и сразу после рождения помещённых в дом ребёнка, приводит к необратимым последствиям в эмоциональном развитии ребёнка.

Социально-педагогическая запущенность как результат неблагоприятных условий воспитания замедляет развитие коммуникативно-познавательной активности ребёнка, приводя к серьёзным трудностям в обучении и поведении таких детей.

Таким образом, теоретические представления основываются на понимании следующих установок:

- конкретные расстройства могут быть вызваны множеством причин, а наличие схожих факторов риска может приводить совершенно к разным результатам;

- ребёнок и среда взаимозависимы: детские психические расстройства не вызваны исключительно внутренними процессами развития организма ребёнка и не являются следствием исключительно внешних причин; чаще всего их вызывает сочетание обоих факторов, взаимодействующих между собой;

- патологическое развитие предполагает непрерывность и дискретность; непрерывность означает, что изменения в развитии носят постепенный и количественный характер, так что будущие особенности нарушений могут быть предсказаны на основании предшествующих отклонений; дискретность, напротив подразумевает, что изменения в развитии носят скачкообразный характер, могут резко прерываться и иметь качественное своеобразие.

К причинам эндогенного происхождения относятся следующие группы причин.

1. Изменение наследственных структур (мутации) - наиболее частые причины умственной отсталости. Генные мутации - изменение внутренней структуры генов. Хромосомные мутации - изменения структуры хромосом.

Распространённость хромосомных болезней среди новорожденных составляет - 0,5%. У человека мутации возникают постоянно - это естественный процесс, происходящий в ходе жизнедеятельности. Кроме того, они происходят под влиянием физических воздействий (ионизирующая радиация: электромагнитные излучения, гамма и рентгеновы лучи, корпускулярные излучения: быстрые нейтроны, альфа-частицы). Вредоносными могут стать химические вещества (инсектициды, фунгициды, гербициды, формальдегид, ароматические углеводороды, противоопухолевые средства). Помимо этого, для появления мутаций имеет значение возраст родителей и семейное предрасположение, что может быть связано с нарушением генетического управления делением клеток.

2. Эндокринные заболевания и метаболические дефекты. Диабет матери может быть причиной отставания в умственном развитии ее ребенка. Фенилаланиновая эмбриопатия возникает в том случае, если у матери имеет место фенилкетонурия, т. е. содержание фенилаланина в ее крови превышает 30 мг/л.

Многие клиницисты выделяют в отдельную группу следующие причины эндогенного происхождения.

3. Перезревание половых клеток. Это понятие включает комплекс изменений в яйцеклетках и сперматозоидах, происшедших от момента их полного созревания до момента образования зиготы. Эти изменения могут быть связаны, в частности, с увеличением срока между овуляцией и оплодотворением, гормональными расстройствами, не расхождением половых хромосом.

4. Возраст родителей. Частота рождений детей с трисомиями 13, 18 или 21 у женщин в возрасте 30-34 лет составляет один случай на 510, в возрасте 35-39 лет 1 на 185, в возрасте 40-44 лет 1 на 63, а старше 45 лет 1 на 24. Частота трисомий зависит и от возраста отцов. Основной причиной возрастного фактора является старение половых клеток, увеличение частоты мутаций (из-за снижения устойчивости хромосом к химическим воздействиям, падения активности ферментов, гормональных нарушений и др.).

Вопросы лечения и психопрофилактики психического дизонтогенеза.

Вопросы лечения и психопрофилактики психического дизонтогенеза в настоящее время активно разрабатываются как в зарубежной, так и в отечественной психиатрии раннего возраста. Характер психопрофилактических мероприятий обуславливается содержанием факторов риска возникновения психического дизонтогенеза: первичные превентивные меры (в том числе улучшение родовспоможения и антенатального здоровья плода); программы вторичной психопрофилактики (включая медикаментозное лечение); различные реабилитационные мероприятия.

Медикаментозное лечение нарушений психического развития довольно разнообразно, но неспецифично и направлено на улучшение процессов метаболизма нервной ткани (ноотропы, аминокислоты, витамины группы В, биогенные стимуляторы и т. п.) и усиление мозгового кровотока (кавинтон, никошпан и др.). Детям с психическим дизонтогенезом показаны препараты кальция, фосфора, железа, фитин и др. При сопутствующих неврологических и психопатологических синдромах назначают антиконвульсанты, дегидратирующие и эндокринные средства, транквилизаторы и психотропы. Медикаментозное лечение проводят индивидуально, курсами с интервалами в 2-3 мес. Важное значение в стимуляции возрастных, особенно психомоторных навыков, занимают лечебная гимнастика и массаж. Параллельно со стимуляцией общего физического состояния и моторики необходимо проводить целенаправленную стимуляцию и коррекцию нарушенных и находящихся в процессе развития психических функций.

Опыт диагностической и лечебно-профилактической работы у детей раннего возраста с проявлениями психического дизонтогенеза позволил сформулировать концепцию ранней профилактики этих психических нарушений. Она должна опираться на законы психического развития в раннем онтогенезе, которые проявляются через ряд психосоциобиологических феноменов в психической деятельности младенца и малыша - психическую активность, компетенцию и привязанность. Базисом являются филогенетически древние инстинкты свободы, любознательности и эмоционального голода. Данные инстинктивные потребности психической жизни ребенка под влиянием среды формируются в специфические для раннего онтогенеза психосоциобиологические интраструктуры психики. Последние формируют у ребенка знание об окружающей среде, возможность ее прогнозирования и управления ею и эмоциональную привязанность к окружающему миру и людям через способность к эмоциональному резонансу в ответ на воздействие окружающей среды. Перечисленные психосоциобиологические феномены лежат в основе как будущего психического здоровья человека, так и психических нарушений, в том числе психического дизонтогенеза. Высказываемая концепция психопрофилактики исходит из теоретических и экспериментальных разработок психологов: Л. С. Выготского - о психической активности, В. П. Симонова - об эмоциональном резонансе и эмоциональном голоде, М. Клейн - о теории привязанности и Л. Бонд - о феномене компетенции младенца и малыша в процессе развития. Все эти предпосылки нашли подтверждение в эмпирическом опыте психологии младенца, а позднее в педопсихиатрии (микropsихиатрии - в отечественной терминологии). Из многих исследовательских результатов известно, что младенец уже с возраста 2 мес., а по-видимому, и раньше, активно инициирует контакт с действительностью и формирует ее под свои нужды, если взрослый активно помогает ему в этом. Самостоятельное взаимодействие младенца с внешним миром, освоение им этого мира создает условия для стимуляции психического здоровья ребенка, причем даже при изначально неблагоприятных биологических и микросоциальных обстоятельствах. Это происходит с помощью формирования новых интрапсихических систем как собственных адаптивных реакций ребенка, которые могут позволить избежать вредных последствий повреждающих факторов.

Основным запускающим и формирующим механизмом психического здоровья ребенка является окружающая его среда: для младенца - это состояние психосоциобиологической системы, или диады мать — дитя. Понятно, что от состояния психического здоровья матери, но, главное, от ее взаимоотношений с ребенком, зависят и состояние его психического здоровья, и его развитие. Большое значение имеет адекватность и сила эмоциональных реакций

матери, связанных с качеством сформированной у нее такой интрапсихической структуры, как материнское чувство. Последнее складывается у матери во время беременности, но начало его лежит во всей ее предыдущей жизни. Материнское чувство обуславливает желательность или нежелательность ребенка, которые могут быть скрытыми и неосознанными матерью. Материнское чувство регулирует отношения между матерью и ребенком в диаде мать - дитя, а следовательно, и участвует в формировании у ребенка основных его интрапсихических структур. Недостаточность или искаженность материнского чувства нарушает материнско-детские взаимодействия, тормозит развитие основных интрапсихических систем и лежит в основе материнской депривации. Именно смягчение действия материнской депривации, если она уже есть, предотвращение ее появления через стимуляцию материнского чувства у матери еще на этапе беременности и позже; повышение компетенции матери во взаимодействии и понимании младенца и малыша; регулирование формирования основных интрапсихических систем младенца - активности, компетентности, привязанности - лежат в основе всей новой системы ранней психопрофилактики нарушений психического развития, начиная с младенчества. Не меньшую роль играет «эффективность среды», т. е. возможность создания оптимальных условий для комфортного самоощущения ребенка как фактора профилактики психического дизонтогенеза.

Ведущие задачи такой психопрофилактики - это диагностика и коррекция аномалий развития психических функций младенца и малыша; выявление, диагностика и коррекция отклонений внутрисемейных отношений между родителями и детьми; психологическая подготовка матери к материнству, а отца к отцовству; стимуляция их родительских чувств, повышение их компетентности в обращении и понимании своего ребенка, а также активное стимулирование психического здоровья самого ребенка через стимуляцию развития его основных психических функций: речи, эмоциональных, волевых, внимания, познавательных, социального поведения, а также управление формированием основных интрапсихических систем ребенка.

В реализации изложенных задач большое значение может иметь развитие в области детской психиатрии нового раздела - психиатрии младенчества, или микропсихиатрии [Козловская Г. В., Баженова О. В., 1995], которая базируется на комплексном биолого-социально-психологическом подходе к ребенку, начиная с периода его внутриутробного развития, новорожденности и первых лет жизни. Этот процесс отражает профилактическую направленность современной медицины с ее особым вниманием к выявлению факторов риска и начальных (с первых лет жизни) признаков патологии.

Подходы к развитию и коррекции психических нарушений у детей с дизонтогенезом.

Одним из наиболее важных вопросов является выбор подхода к коррекции и развитию детей с психическими нарушениями. В данной мы рассмотрим виды и направления работы с младшими школьниками с дизонтогенезом и определим условия эффективного подхода преодоления нарушений, их коррекции и компенсации.

Важным условием гармоничного развития и эффективной коррекционной работы младшего школьника с дизонтогенезом является рациональная систематизированная проработанная схема клинико-психологического сопровождения ребенка. Говоря о детях младшего школьного возраста, мы касаемся образовательной сферы, а именно, педагогического процесса, который является основой педагогического подхода. В качестве объекта исследования педагогической науки выступают те явления действительности (обучение и воспитание), которые обуславливают развитие ребенка в сфере общеобразовательного процесса.

«Если педагогика хочет воспитывать человека во всех отношениях, то она должна прежде узнать его тоже во всех отношениях». Это положение К.Д. Ушинского остается актуальным для современной педагогики. Предметом общей педагогики является образование как реальный целостный процесс, организуемый в специально созданных социальных институтах (семье, образовательных, воспитательных учреждениях), изучение его сущности, закономерностей, тенденций, и перспектив развития, влияния их на формирование личности человека (ребенка, подростка, юноши). В педагогической структуре воспитания ребенка есть некоторые ограничения. Педагог является лишь направляющим вектором в формировании личности ребенка, не учитывая индивидуальные черты развития его в системе познания. Следует отметить, что традиционное обучение строится на основе коллективного обучения и воспитания, с подведением итогов в виде статистики успеваемости. Таким образом, мы наблюдаем неполную картину развития ребенка.

Когда речь идет о детях с нарушениями психического развития, педагогически должны решаться вопросы о преодолении трудностей в образовательном процессе каждого ученика отдельно. Для этого необходимо решить ряд задач, связанных с природой образования каких-либо отклонений в развитии, разработать план коррекционно-педагогической работы с детьми. Обучение и воспитание детей с отклонениями в развитии осуществляется в рамках единого педагогического процесса и направлено на формирование в ребенке гуманистических, общечеловеческих ценностей, активной гражданской позиции, нравственно-положительных черт и качеств. Необходим специфический способ образования, процесс активного целенаправленного взаимодействия педагога и обучаемого, в результате которого у ребенка формируются определенные знания, умения, навыки, опыт деятельности и поведения, а также личностные качества.

Коррекционное обучение носит специфический характер, определяемый глубиной и характером недостатка. Следовательно, данный процесс должен носить развивающий характер обучения с учетом зоны ближайшего развития школьника, то есть учитывать тот запас потенциальных возможностей, формирующихся функций, которые ребенок не в состоянии реализовать самостоятельно в настоящий момент, но успешно их использует при непосредственной помощи учителя. Обучение активизирует переход зоны ближайшего развития в ее актуальное развитие, когда поддержка учителя помогает раскрыться внутренней активности ребенка, повышает уровень его самостоятельности. Обучения ведет за собой развитие. Дети с недостатками в развитии и отклонениями в поведении не готовы к школе, к изменениям своей жизнедеятельности, к требованиям педагогов в силу недостатков общего развития. Так возникает проблема школьной дезадаптации, результатом которой является хроническая неуспеваемость, отставанием по ряду предметов в освоении школьной программы, сопротивление педагогическому воздействию, негативное отношение к учению, пропуски занятий, побеги из школы и дома, педагогическая запущенность, асоциальное поведение.

Коррекционно-развивающее обучение детей с дизонтогенезом охватывает всю совокупность педагогического воздействия на образование и воспитание ребенка с нарушениями психики. Оно направлена на изменение познавательных возможностей ребенка, его эмоционально-волевой сферы, улучшение индивидуальных личностных качеств, на развитие его интересов. Коррекционно-развивающее обучение помогает решить задачи своевременной помощи детям, испытывающим трудности в обучении, школьной адаптации. Важным этапом такой работы является процесс систематизации знаний, направленных на повышение общего уровня развития ребенка, развитие недостаточно сформированных умений и навыков, коррекцию отклонений в познавательной сфере ребенка, подготовку его к адекватному восприятию учебного материала.

Кроме того, коррекционно-педагогическая деятельность будет тогда эффективной, когда она будет опираться на знания в области медицинских наук. С медицинской точки зрения базой для коррекционной педагогики может быть педиатрия, которая изучает здоровье ребенка и процессы его развития, физиологию, патологию, методы профилактики и лечения заболеваний, угрожающих его гармоничному развитию или представляющих опасность для жизни детского организма; психиатрия, изучающая вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, терапии и профилактики психических болезней; неврология, занимающаяся вопросами возникновения заболеваний центральной и периферической нервной системы, а также изучающая механизмы их развития, симптоматику и возможные способы диагностики, лечения и профилактики.

Таким образом, следующий важным подход к изучению развития и коррекции детей с дизонтогенезом, является медицинский подход, который базируется на научных представлениях о причине болезни и опирается на ликвидацию симптомокомплекса заболевания. Медицинский аспект работы с младшими школьниками основан на медикаментозном лечении ребенка, исходя из поставленного диагноза терапевтом, неврологом, психиатром. Врач любой направленности работает с уже имеющимися анамнестическими знаниями о недуге обследуемого, в результате чего назначает определенное лечение с предсказуемым воздействием на симптом или болезнь в целом. В нашем случае, чаще всего встречаются школьники, наблюдающиеся у невролога, и проходящие профилактическое лечение у него. Многие тяжелые, хронические болезни нервной системы начинаются в детском возрасте, такие как: задержка психоречевого развития и проблемы обучения; нарушение поведения и трудности в общении (конфликтность, агрессивность, гиперактивность, расстройство коммуникации); расстройства сна(трудности засыпания, частые просыпания, ночные кошмары и страхи, снохождение и т.д.), нервно-мышечные заболевания (наследственные миопатии, амиотрофии, миастении); поражение периферической нервной системы; последствия травм и нейроинфекций (сотрясение головного мозга, перенесенные менингиты и энцефалиты); заболевания опорно-двигательного аппарата (патология тазобедренных суставов, нарушение осанки, сколиоз, плоскостопие и т.д.). Ответственность детского невролога огромна, иногда от его решения зависит вся дальнейшая жизнь ребенка, его психическое, физическое здоровье и социальная адаптация. В медицинской сфере развитие ребёнка представляет собой взаимное влияние наследственности и окружающей среды на развивающийся мозг. Поэтому при осмотре ребёнка оценивают четыре сферы показателей развития: крупную моторику; зрение и мелкую моторику; слух, речь и языковые навыки; социальные навыки, эмоции и поведение. Недостаток в любой области навыков может повлиять на остальные сферы. В течение развития у ребенка появляются дополнительные новообразования, такие как внимание, концентрация и способность каждого ребёнка интегрировать свои навыки.

В медицинском подходе главной целью оценки развития ребёнка считают раннее выявление задержки или патологии психического развития; подбор медикаментозного лечения специализированными препаратами; обеспечение адекватного ухода и надлежащего лечения ребёнка с нарушениями развития.

Следующий и, одновременно, основной и главный связующий подход к развитию и коррекции нарушений психического развития младших школьников с дизонтогенезом, который мы рассмотрим, – психологический подход, который включает в себя клиничко-психологическое сопровождение (в нашем случае) младших школьников с нарушениями психического развития. Бихевиоризм, когнитивный подход, психоанализ, психотерапия — все эти подходы находятся на одном уровне: они основаны на чисто психологических законах и понятиях («подкрепление», «восприятие», «бессознательное», «самоактуализация»). Хотя эти подходы иногда конкурируют, по-разному

объясняя одно и то же явление, но все они согласны в том, что объяснение должно находиться на психологическом уровне.

Гармоническое развитие ребенка предполагает не только повышение его интеллектуальных способностей, связанных с учебной деятельностью, но и личностное и эмоциональное становление. Целью психологического сопровождения является создание оптимальных условий для детей младшего школьного возраста в обучении в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья, способствующих их интеллектуальному, личностному и эмоционально-волевому развитию, а также помощь при социально-культурной адаптации в социуме.

Началом клинико-психологического сопровождения младшего школьника становится диагностический этап, который заключается в проведении комплексного обследования психического развития ребенка, определение индивидуальных особенностей личности обследуемого, выявление причин механизмов нарушений в обучении, развитии, социальной адаптации и дальнейшего динамического наблюдения за его развитием. На основе полученных данных нами составляется клинико-психологическое заключение уровня развития всех высших психических функций и эмоционально-личностной сферы ребенка. Следует отметить, что при диагностике, мы учитываем социальную ситуацию развития ребенка, предварительно собрав медицинский анамнез, дополнив его данными, полученными в ходе беседы с педагогами и родителями подопечного. Эти знания о ребенке необходимы для полноценного психологического анализа причин наличия нарушений у ребенка, и в последствии, для составления индивидуальной коррекционной программы сопровождения с учетом особенностей интеллектуального и эмоционально-личностного развития младшего школьника. Грамотно спланированная коррекция нарушений развития младшего школьника является основой эффективной работы психолога. Помимо работы с ребенком, мы проводим работу с другими участниками социально-педагогического взаимодействия, в которое включен младший школьник.

9. Вопросы по теме занятия

1. Онтогенез и дизонтогенез. Роль экзогенных факторов в формировании дизонтогенеза.

Компетенции: УК-5.1

2. Специфика воздействия неблагоприятных факторов на организм в период развития плода.

Компетенции: УК-5.1

3. Последствия воздействия экзогенных факторов на организм ребёнка в натальный и постнатальный периоды онтогенеза

Компетенции: УК-5.1

4. Причины эндогенного происхождения

Компетенции: УК-5.1

5. Медикаментозное лечение нарушений психического развития

Компетенции: УК-5.1

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ЖИВОТНОГО ИЛИ РАСТИТЕЛЬНОГО ОРГАНИЗМА ОТ МОМЕНТА ЕГО ЗАРОЖДЕНИЯ ДО КОНЦА ЖИЗНИ:

- 1) онтогенез;
- 2) дизонтогенез;
- 3) филогенез;
- 4) патогенез;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1

2. В ОНТОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА РАЗЛИЧАЮТ:

- 1) пренатальный и постнатальный;
- 2) зародышевый и эмбриональный;
- 3) пренатальный, натальный и постнатальный;
- 4) натальный и постнатальный;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.1

3. ПЕРИОД ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ИНДИВИДУУМА С МОМЕНТА РОЖДЕНИЯ ДО КОНЦА ЖИЗНИ (ДО МОМЕНТА СМЕРТИ):

- 1) постнатальный;
- 2) пренатальный;
- 3) эмбриональный;
- 4) натальный;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1

4. МОЗГ ТОЛЬКО ЧТО РОДИВШЕГОСЯ РЕБЁНКА ВЕСИТ ОКОЛО:

- 1) 400 г.;
- 2) 600 г.;
- 3) 200 г.;
- 4) 800 г.;

Компетенции: УК-5.1

5. УСТАНОВЛЕНО, ЧТО БОЛЕЕ 60% ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, РОЖДАЮТСЯ У РОДИТЕЛЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ:

- 1) алкоголь;
- 2) антибиотики;
- 3) витамины;
- 4) обезболивающие;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.1

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Общая закономерность аномального развития Л.С. Выготского

Вопрос 1: Сформулируйте общую закономерность аномального развития Л.С. Выготским;

Вопрос 2: Аномальные дети - это...;

- 1) Общей закономерностью для всех аномальных детей являются затруднения во взаимодействии с окружающей средой и, прежде всего, с людьми.;
- 2) Дети нуждающиеся в особых условиях обучения и воспитания;

Компетенции: УК-5.1

2. Одна из первых закономерностей была выведена Л.С. Выготским. Таким образом, была показана причинная обусловленность изменения развития аномального ребенка: наступившее в том или ином звене нарушение закономерно в силу действия общих законов психологического развития влечет за собой изменение развития аномального ребенка, что проявляется в отклонениях, различных по своему характеру, силе и значимости у каждой категории аномальных детей. Однако общим для всех случаев является то, что возникшие изменения оказывают влияние на весь дальнейший ход развития ребенка.

Вопрос 1: Какая основная закономерность выведена Выготским?;

Вопрос 2: Всегда ли первичный дефект оказывает влияние на последующее развитие ребенка?;

- 1) Наличие первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, влечет за собой появление вторичных нарушений, возникающих в ходе последующего аномального развития.;
- 2) Да.;

Компетенции: УК-5.1

12. Примерная тематика НИРС по теме

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **дополнительная:**

Неретина, Т. Г. [Специальная педагогика и коррекционная психология](#) : учеб.-метод. комплекс / Т. Г. Неретина. - 4-е изд., стер. - М. : Флинта , 2019. - 376 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 13. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.2, УК-5.3)

2. Разновидность занятия: практическое

3. Методы обучения: Не указано

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о нарушениях психического развития в детском возрасте как о науке, понимания специфичности и уникальности психологического знания, закрепление базовых предметных категорий, позволяющее включаться в профессиональное сообщество, формирование профессиональной ментальности, становление профессиональной позиции.

5. Цели обучения

- обучающийся должен знать , уметь , владеть

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний, умений	10.00	Тестирование
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Обсуждение докладов по теме занятия. Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа	15.00	Дискуссия по вопросам к теме и обсуждение рефератов. Решение ситуационных задач
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тестирование
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия, и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Грамотная, основательная диагностика является чрезвычайно важной предпосылкой эффективной помощи ребенку с СДВГ. Речь идет не только о подтверждении диагноза расстройства, но и о комплексном, глубинном понимании каждой индивидуальной ситуации - без достижения этого невозможна ни одна успешная терапевтическая программа.

Диагностический процесс при СДВГ довольно сложен, требует времени, высокого уровня компетенции и мультидисциплинарной команды специалистов. Он имеет несколько базовых целей: установление диагноза СДВГ, выявление сопутствующих проблем и коморбидных расстройств, локализацию расстройства в биопсихосоциальном контексте жизни ребенка - в частности в контексте семьи и социальной среды - чтобы в конце концов получить целостную картину жизни ребенка. Это своего рода «разведка» - она позволяет оценить расположение сил на поле боя, внутреннюю, интраперсональную и внешнюю, интерперсональную динамику, наличие как расстройств, нарушений, психотравмирующих факторов, так и защитных, ресурсных факторов. Только при условии «ощущения» специалистом динамики ситуации, прогностической значимости различных факторов в жизни ребенка и их комплексного взаимодействия можно выстроить успешный и реалистичный план помощи, который всегда является конечным результатом хорошего диагностического процесса.

Впрочем, установление диагноза и достижение понимания ситуации в парадигме биопсихосоциальной модели - не единственные цели диагностического процесса. Другой чрезвычайно важной и часто пренебрегаемой целью является установление терапевтического альянса с семьей и ребенком, создание партнерских отношений, общего видения проблем, целей и совместно сформированного плана действий для их достижения. Без достижения альянса с семьей терапевтические вмешательства обречены на неудачу. Вопреки тому, что налаживание отношений с семьей может казаться чем-то легким и само собой разумеющимся, именно в этой сфере чаще всего закладывается фундамент недоразумений, которые приводят к неэффективному сотрудничеству и соответственно отсутствию ожидаемого результата. Умение строить партнерские, равноправные отношения требует как определенных коммуникативных навыков, так и личностных характеристик. В обучении специалистов в странах постсоветского пространства этой сфере часто уделяется недостаточно внимания. Поэтому родители нередко жалуются и выражают недовольство качеством отношений, которые у них складываются со специалистами.

Альянс с родителями невозможен также без общего видения и понимания проблем ребенка. Диагностический

процесс действительно является общим исследованием проблем, он помогает более глубоко и комплексно увидеть биопсихосоциальные взаимодействия в жизни ребенка не только специалисту, но и родителям, а потому неизбежно сопровождается и психологическим просвещением, обучением родных ребенка. Для родителей понимание особых потребностей ребенка становится кардинально важной предпосылкой оказания ему грамотной помощи и успешного воспитания. Russell Barkley (1996) назвал работу с родителями важнейшим терапевтическим мероприятием из всех имеющихся для детей с СДВГ. Поэтому грамотный диагностический процесс сопровождается постепенным и последовательным обучением и завершается презентацией данных обследования родителям и ребенку с информированием о природе расстройства, принципах и методах помощи. Поэтому диагностический процесс является одновременно и терапевтическим - граница, между диагностикой и началом терапии очень условна. Уже в процессе диагностирования часто проводятся терапевтически важные мероприятия, например привлечение обоих родителей к исследованию путей решения проблем, реатрибуция (то есть перераспределение ответственности) причин поведенческих проблем и др. В течение качественного диагностического процесса у родителей обычно происходит не только определенный «катарсис», освобождение от ощущений вины, разочарования, безнадежности, растерянности и т. п., но и возрастает мотивация к действиям, единение, укрепляется надежда. Если возвратиться к метафоре «разведки», то диагностический процесс не только дает карту расположения и взаимодействия сил, но и способствует мобилизации ресурсов, объединению усилий и налаживанию эффективного партнерства.

Сложность и многогранность СДВГ обуславливает и диагностические трудности. Прежде всего достоверное установление диагноза - это нелегкая задача. В отличие от других медицинских расстройств, для которых существуют четкие методы лабораторного или инструментального подтверждения, для СДВГ нет ни одного объективного метода диагностики, основным методом остается клиническое интервью. Причем в самом интервью основой для диагноза становится не прямое выявление у ребенка признаков СДВГ во время консультации, а данные анамнеза. Как уже упоминалось выше, по причине ситуативной вариативности симптомов расстройства ребенок с СДВГ может на приеме у специалиста вести себя абсолютно адекватно, но это не исключает наличие СДВГ. Более того, нормальный ребенок при сильной усталости, долгом ожидании, плохом настроении на консультации может проявить черты гиперактивности, что увеличивает риск ошибочного выявления расстройства. В связи с тем, что при этом нарушении граница между нормальным поведением и расстройством весьма условна, устанавливать ее специалисту в каждом случае приходится «на собственное усмотрение» (в отличие от других расстройств, где все же существуют ориентиры). Таким образом, в силу необходимости принятия субъективного решения, достаточно высок риск ошибки: как невыявления СДВГ (это особенно касается более легких, «пограничных» форм расстройства), так и выявления расстройства там, где его на самом деле нет. Причем субъективность удваивается, ведь специалист ориентируется на данные анамнеза, которые отображают субъективное мнение родителей. Между тем родительские представления о том, какое поведение считать нормальным, а какое нет, могут быть очень разными и определяться многими факторами. В частности, при высоком уровне стресса, общей усталости, наличии депрессии родители могут воспринимать нормальное для определенного возраста поведение ребенка как гиперактивное, когда на самом деле оно таковым не является, а просто не соответствует ожиданиям и порогу толерантности родителей.

Поэтому одним из основных принципов диагностики является тщательность, которая требует получения информации из нескольких независимых источников (родители, школа), а при необходимости и привлечения дополнительных методов получения более объективной информации (например видеосъемка). В связи с тем, что СДВГ - это пожизненное расстройство с возможными серьезными вторичными последствиями, ошибочное установление или отрицание диагноза может иметь весомые негативные последствия для ребенка. Как уже было сказано, ребенок нуждается в комплексной, продолжительной помощи. Поэтому некоторые исследователи категорично настаивают на запрете постановки диагноза СДВГ на основе результатов 30-минутного обследования (Barkley, 1996. С. 260).

Однако это отнюдь не отменяет значимости выявления расстройства специалистами «первого звена», которые работают с большим количеством детей и не располагают достаточным временем на одну консультацию. Это касается прежде всего врачей-педиатров и детских неврологов. Их роль чрезвычайно важна, ведь от своевременной диагностики и эффективной помощи такой семье зависит очень много. А для того чтобы заподозрить расстройство, на самом деле много времени не нужно: несколько скрининговых вопросов о наличии у ребенка поведенческих проблем, нарушения внимания и импульсивности, сведения о его успеваемости в школе и уровне двигательной активности могут оказаться достаточными. Такую же роль могут играть скрининговые опросники, которые предлагается заполнить родителям, а также информационные материалы на столиках или стендах в приемной и т. п. Очень важную роль в раннем выявлении СДВГ играют также педагоги - в частности, воспитатели детских садов и учителя младших классов. В учебно-воспитательном учреждении не заметить ребенка с СДВГ очень трудно, и потому важно распространять информацию об этом расстройстве именно в среде педагогов.

Итак, следующий этап диагностики может осуществляться в рамках мультидисциплинарной команды, которая специализируется на предоставлении услуг детям с поведенческими расстройствами и их семьям. В состав такой команды должны входить по меньшей мере два специалиста - психиатр и психолог. Приведем пример из опыта работы клиники центра «Джерело». В данной клинике в состав команды входят: детский психиатр, психотерапевт,

психолог, детский невролог, социальный педагог, социальный работник, видеотренер. Поскольку центр «Джерело» является негосударственным учреждением, руководство обладает относительной свободой выбора кадровой комплектации команды и определения количества времени, которое отводится на диагностический процесс. При этом, к сожалению, в рамках существующей в постсоветском пространстве системы охраны психического здоровья не всегда возможно отвести 2-3 часа на проведение диагностики с одной семьей. Программа центра «Джерело» для детей с поведенческими расстройствами является аналогом западных «клиник СДВГ», которые специализируются на предоставлении семейно-центрированных мультимодальных форм помощи. Ниже приведен алгоритм диагностического процесса, который применяется в клинике центра согласно современным диагностическим протоколам.

Этапы диагностического процесса

1. Детский психиатр: клиническое интервью с родителями и ребенком.
2. Применение диагностических опросников.
3. Психолог: нейропсихологическое обследование.
4. Получение информации от учителей (с помощью опросников и непосредственно в беседе). При необходимости, дополнительные обследования педиатра/невролога, других специалистов, инструментальные и лабораторные исследования с целью дифференциальной диагностики и др.

С клинической точки зрения базовый метод диагностики СДВГ - клиническое интервью с родителями и ребенком. Интервью должно осуществляться согласно современным стандартам интервьюирования в детской психиатрии, описание всех его аспектов выходит за рамки этой книги. Его специфическими особенностями должно быть исследование наличия основных симптомов СДВГ, их проявлений в разных средах и последствий в разных сферах жизни ребенка. При этом важно также выяснить историю развития ребенка, время появления симптомов и их изменение в процессе возрастного развития ребенка. В связи с высоким индексом коморбидности при СДВГ необходимо активно искать симптомы сопутствующих расстройств - и часть клинического интервью должна быть направлена на исследование возможного наличия других проблем. То же касается и отделения СДВГ от других расстройств, которые могут проявляться подобным образом. При сборе анамнеза важно учесть как можно больше аспектов жизни и развития ребенка - в частности, исследовать ситуацию в школе, социальное, речевое, интеллектуальное развитие, сильные стороны ребенка, увлечения и т. п. В разговоре с родителями об имеющихся поведенческих трудностях ребенка неизбежно обнаруживается их собственное восприятие этих проблем, значение, которое они им придают, способы преодоления и т. д. С клинической точки зрения это очень важные аспекты, которые должны быть тонко исследованы без обвинения и осуждения родителей. Стиль воспитания в семье, типичные реакции родителей на нарушение поведения, отличия во взаимодействии ребенка с матерью и отцом, атмосфера отношений с ребенком в целом являются важными сферами исследования (во время интервью применяется как метод опроса, так и метод непосредственного наблюдения).

Не менее значимой сферой исследования является семейная ситуация - в частности, уровень стресса у родителей, их личностные качества, возможное наличие проблем в сфере психического здоровья (СДВГ, депрессия и др.), качество супружеских отношений, наличие социальной поддержки, положение других детей в семье, социально-экономический статус семьи и др. Клиницисту важно помнить, что некоторые из этих сфер особенно деликатны и родители могут скрывать определенную важную информацию (например, наличие в семье алкоголизма, случаев психиатрических заболеваний и т. п.) Эти сферы следует затрагивать с осторожностью, учитывая степень доверия со стороны родителей и объясняя, зачем эти вопросы задаются и почему эти знания так важны в плане эффективной помощи ребенку. Важно помнить, что не обо всем родители могут свободно говорить в присутствии ребенка, поэтому интервью структурируется так, что его вторая часть происходит с родителями наедине, когда ребенок идет на психологическое тестирование к психологу. Возможны различные варианты очередности опроса (например, сначала обследуется вся семья вместе, затем ребенок и родители по отдельности, или же сначала родители, затем все вместе и т. д.) Формат должен быть гибким в зависимости от каждого индивидуального случая.

Во время интервью необходимо пообщаться и с самим ребенком для исследования психического статуса и для того, чтобы узнать больше о личности ребенка, его самооценке, восприятии своих проблем, ситуации в семье, школе, его увлечениях, мечтах и т. д. Такое интервью не должно превращаться в допрос ребенка, оно требует умений и опыта, и, как часто говорят, находится на грани между «наукой и искусством». В процессе разговора с ребенком важной задачей является установление с ним отношений сотрудничества, доверия. Это нелегкая задача, если учесть, что часто ребенок подавлен опытом негативного отношения со стороны взрослых и настроен только на очередную порцию обвинений и критики. Ребенок нуждается в ощущении, что в него верят, его не судят, понимают, хотят помочь. Поэтому такое интервью неизбежно содержит психотерапевтический компонент. Вдобавок, если родители видят положительное отношение специалиста к ребенку, это может послужить для них моделью, примером взаимодействия, ведь зачастую выраженные поведенческие проблемы мешают родителям видеть в ребенке положительные стороны. А хорошая диагностика помогает увидеть ребенка всесторонне.

Первичное клиническое интервью с родителями и ребенком занимает обычно полтора часа, завершается оно разъяснением родителям смысла и значения предыдущих диагностических гипотез и необходимости следующих этапов диагностического процесса. В сложных случаях интервью со всей семьей либо отдельно с родителями или ребенком может быть продолжено на следующий день.

По завершении первого интервью родителям обычно даются опросники, касающиеся симптомов СДВГ. Подобные формы позволяют системно опросить родителей обо всех симптомах, оценить степень выраженности проблем (что дает также возможность для сравнения и мониторинга эффективности терапии), а также сэкономить определенное время на интервью. Вместе с тем это является элементом психологического обучения и привлечения обоих родителей. Однако по поводу применения опросников существует и ряд серьезных предостережений, в частности, ни в коем случае нельзя ставить диагноз исключительно на основе приведенных в них данных, важно уточнить уровень понимания родителями вопросов, попросить их дать конкретные примеры симптомов, которые они отметили, и др. Можно воспользоваться опросниками Barkley и Vanderbilt (симптомы СДВГ и коморбидных расстройств), Goldstein (наличие социальных проблем у ребенка, стиль родительства), и опросник CBCL Achenbach (скрининг психиатрических расстройств у детей и подростков).

«Золотым правилом» в диагностике СДВГ является подтверждение наличия расстройства по меньшей мере из двух независимых источников. Поэтому следующим, абсолютно необходимым диагностическим этапом является получение информации из школы от учителей. Цель данного этапа заключается не только в выявлении самого расстройства, но и в оценке ситуации в школе, успеваемости ребенка, его поведения, отношений с ровесниками и учителями, а также и характеристик самой школы, учителей, социальной среды и др. Обычно родителей просят передать учителям опросник Вандербилята, просьбу написать письменную характеристику на ребенка, а также разрешения пообщаться с учителем по телефону. В сложных случаях, в частности при выраженном конфликте между родителями и учителями, может возникнуть необходимость прямого обращения специалиста клиники в школу, непосредственной встречи. Мы просим родителей также принести дневник ребенка, тетради и т. п. - иногда они являются наилучшим отражением проблем с поведением или невнимательностью. Анализ данных из школы обычно производится при следующей встрече с родителями. Впрочем, желательно по возможности провести и непосредственный разговор с учителем по телефону или при встрече. Вовлечение учителей в диагностический процесс крайне необходимо, поскольку они являются чрезвычайно важными партнерами в помощи ребенку, и без их понимания проблем, конструктивного сотрудничества с родителями и мотивации к помощи достичь реальных изменений очень трудно.

В сомнительных, «пограничных» случаях, когда мнения родителей и специалистов по поводу наличия у ребенка расстройства различаются, имеет смысл видеосъемка и ее анализ (запись поведения ребенка на уроке и т. п.). Однако помощь важна и в случаях поведенческих проблем без диагноза СДВГ.

Для всех детей с СДВГ, имеющих проблемы со школьной успеваемостью, необходимым элементом диагностического процесса становится нейропсихологическое обследование, целью которого являются установление уровня интеллектуального развития ребенка, а также выявление часто сопутствующих нарушений школьных навыков - чтения, письма, счета. Выявление этих расстройств важно и в плане дифференциальной диагностики, ведь при условии сниженных интеллектуальных возможностей вообще или специфических трудностях в учебе в частности нарушения внимания ребенка на уроках могут быть вызваны не СДВГ, а несоответствием программы уровню способностей ребенка.

Базовое педиатрическое и неврологическое обследование целесообразно в связи с необходимостью исключения «СДВГ-подобного» синдрома, обусловленного соматическими и неврологическими расстройствами. Важно помнить, что нарушения поведения и внимания у детей могут быть вызваны любыми общими соматическими заболеваниями - такими, как анемия, гипертиреоз, а также всеми расстройствами, которые служат причиной хронической боли, зуда, физического дискомфорта. Причиной «псевдо-СДВГ» могут быть и побочные действия определенных лекарств (например дифенил, фенобарбитал), а также целый ряд неврологических расстройств (эпилепсия с абсансами, хорей, тики и многие другие). Если врач подозревает медицинскую причину, то может понадобиться дополнительное инструментальное, лабораторное обследование состояния здоровья ребенка (например, электроэнцефалография для исключения эпилепсии). Впрочем, важно подчеркнуть, что согласно современным рекомендациям экспертов и диагностических протоколов проведение обязательных инструментальных обследований детям с СДВГ (в частности электроэнцефалограммы, компьютерной томографии и др.) не показано. Вопреки тому, что у таких детей на ЭЭГ часто регистрируются некоторые нарушения, они не являются специфическими исключительно для СДВГ, следовательно, их наличие или отсутствие не может быть основанием для установления или неустановления диагноза СДВГ, а также для прогноза. Согласно выводу Американской академии неврологии и Американского общества клинической нейрофизиологии, «электроэнцефалография не имеет клинического значения ни в установлении диагноза СДВГ, ни в планировании лечения» (Nuwer, 1997). Конечно, это не касается тех случаев, когда есть подозрение на эпилепсию и ЭЭГ абсолютно целесообразна.

Проблемы ребенка могут быть обусловлены также наличием сенсорных расстройств, и здесь базовое

педиатрическое обследование важно для выявления нарушений зрения или слуха, которые, будучи выраженными в незначительной степени, могут неадекватно диагностироваться. Педиатрическое обследование целесообразно и в связи с необходимостью оценки общего соматического состояния ребенка, выявления возможных противопоказаний относительно применения отдельных групп медикаментов, которые могут назначаться детям с СДВГ.

Что же касается непосредственно установления диагноза СДВГ, то здесь обязательным правилом должно быть соблюдение диагностических критериев. Использование критериев гарантирует тщательность диагностического процесса и предотвращает появление диагностических ошибок, последствия которых могут оказаться очень серьезными. Итак, риск ошибок при диагностике очень высок и обуславливается целым рядом факторов:

- Симптомы СДВГ характеризуются чрезмерным и несоответствующим возрасту выражением типичного поведения ребенка, зачастую сложно установить границу между расстройством и вариантом темперамента.
- Наблюдается ситуативная вариабельность симптомов, и в определенной среде (в частности на консультации у врача) они могут не проявляться.
- Диагноз СДВГ устанавливается на основе подтверждения существования симптомов расстройства родителями и учителями - соответственно высок риск субъективности в оценке.
- Отсутствуют инструментальные методы подтверждения СДВГ, также нет патогномонических симптомов.
- Нарушение внимания, импульсивность и гиперактивность могут быть неспецифическими проявлениями других психиатрических и соматических расстройств.

Существует множество мифов об СДВГ и противоречивых подходов в отношении его диагностики и лечения. С целью снижения риска ошибок введены определенные диагностические критерии.

Диагностические критерии гиперактивного расстройства с дефицитом внимания по диагностической системе DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000)

Для установления диагноза СДВГ необходимо пользоваться следующими критериями (А+Б+В+Г+Д):

А. У пациента имеются симптомы нарушения внимания или гиперактивности - импульсивности (или же обоих) по меньшей мере на протяжении 6 месяцев, и эти симптомы выражены несоответственно возрасту и приводят к серьезным нарушениям функционирования :

(А1) Нарушение внимания - должны присутствовать по меньшей мере шесть из следующих симптомов:

- а) часто не в состоянии сосредоточиться на деталях или делает ошибки по невнимательности при выполнении школьных заданий или при другой деятельности;
- б) часто возникают проблемы с удержанием внимания на задании или игре; с) часто возникают проблемы с организацией деятельности и выполнения заданий;
- д) часто неохотно приступает к деятельности, которая требует продолжительного сосредоточения внимания (например, выполнение заданий на уроке или домашних заданий) или избегает ее;
- е) часто теряет или забывает вещи, необходимые для выполнения заданий или другой деятельности (например, дневник, книги, ручки, инструменты, игрушки);
- ф) легко отвлекается на посторонние раздражители;
- г) часто не слушает, когда к нему обращаются;
- h) часто не придерживается указаний, не выполняет до конца или же в надлежащем объеме поручения, домашнее задание или другую работу (но не из протеста, упрямства или неспособности понять указание/задание); i) забывчив в повседневной деятельности.

(А2) Гиперактивность - импульсивность: должны присутствовать по меньшей мере шесть из следующих симптомов:

Гиперактивность:

- а) не может усидеть на месте, постоянно двигается;
- б) часто покидает свое место в ситуациях, где нужно сидеть (например на уроке и т. п.);

- с) много бегают и «все переворачивают» там, где этого делать не следует (у подростков и взрослых эквивалентом может быть ощущение внутреннего напряжения и постоянная потребность двигаться);
- б) не способен тихо, спокойно играть или же отдыхать;
- е) действует словно «заведенный» - как игрушка с включенным «моторчиком»;
- и} слишком много говорит.

Импульсивность:

- г) часто говорит преждевременно, не дослушав вопрос до конца;
- И) нетерпелив, часто не может дождаться своей очереди;
- и) часто прерывает других и вмешивается в их деятельность/разговор.

Б. Симптомы расстройства (по крайней мере некоторые) присутствовали в возрасте до 7 лет.

В. Симптомы должны проявляться по меньшей мере в двух разных средах (школа, дом, игровая площадка и т. п.).

Г. Расстройство приводит к значительным проблемам в социальной, учебной и профессиональной (для взрослых) сферах.

Д. Эти симптомы не обусловлены другим психиатрическим или соматическим заболеванием.

В зависимости от соответствия критериям группы А выделяют три клинических подвида СДВГ, которые кодируются следующим образом:

314.01 СДВГ, комбинированный тип: если на протяжении последних 6 месяцев одновременно присутствуют и проявляются критерии А1 и А2.

314.00 СДВГ с доминирующим дефицитом внимания: если на протяжении последних 6 месяцев проявляются симптомы только из подгруппы А1.

314.00 СДВГ с доминирующей гиперактивностью- импульсивностью: если на протяжении последних 6 месяцев проявляются симптомы только из подгруппы А2. Рекомендуется добавлять уточнение «в стадии частичной ремиссии», если у пациента симптомы СДВГ раньше проявлялись в полной мере, но на данный момент сглажены и проявляются в недостаточной степени для полного соответствия критериям группы А (это уточнение особенно полезно для возрастных групп подростков и взрослых).

Как уже упоминалось выше, в системе МКБ-10 существует лишь один вариант гиперкинетического расстройства, который отвечает комбинированной форме СДВГ по DSM- IV. Это имеет определенный смысл, учитывая гипотезу о том, что подтип с нарушениями внимания без сопутствующей гиперактивности - импульсивности является нозологически другим расстройством с несколько иным этиологическим, патогенетическим компонентом и соответственно нуждается в отдельном рассмотрении и требует несколько иных терапевтических мер. К сожалению, на данный момент недостаточно научных данных, чтобы решить этот спор; существуют факты, подтверждающие, что этот подтип является частью СДВГ (в частности, у этого подтипа часто встречается положительная реакция на психостимуляторы, как и при комбинированной форме СДВГ), но также есть доказательства и в пользу того, что это нозологически другое расстройство.

Анализ диагностических критериев DSM-IV позволяет выделить основные акценты, которые расставляются в этой системе с целью обеспечения точности установления диагноза:

- симптомы невнимательности, гиперактивности и импульсивности должны быть выражены достаточно интенсивно на протяжении продолжительного времени, несоответственно возрасту;
- симптомы должны быть первазивными (всепроникающими) и приводить к значительным нарушениям функционирования ребенка в основных сферах жизни;
- симптомы расстройства должны присутствовать с раннего возраста;
- симптомы не обусловлены другим психиатрическим или соматическим расстройством.

Между тем система DSM-IV, как и любая другая диагностическая классификация, имеет и свои недостатки:

- Она сконцентрирована лишь на симптомах невнимательности, гиперактивности и импульсивности, тогда как патогенетически центральными симптомами могут быть и нарушение планирования, контроля поведения и т. п. В частности, ввиду ослабления двигательной гиперактивности с возрастом, симптомы, необходимые для диагноза, вопреки наличию других не менее важных симптомов, могут уже почти не проявляться. Поэтому систему часто подвергают критике за ее неадаптированность к возрастным изменениям и направленность преимущественно на проблемы детей школьного возраста.
- Система не учитывает гендерные особенности, в частности, несколько иной характер проявления расстройства у девочек.
- Требование относительно количества симптомов может не всегда выполняться при более легких формах СДВГ, несмотря на то, что эти формы также могут сопровождаться серьезными вторичными проблемами.
- Требование относительно наличия проблем по меньшей мере в двух средах также может сделать невозможным диагностику более легких форм СДВГ, однако нередки случаи, когда в одной среде в силу ее особенностей ребенок может быть хорошо адаптированным, а в другой - иметь серьезные проблемы (например, дома проблемы минимальные, а в детском саду или школе - ярко выраженные).
- Остается спорным вопрос включения в классификацию подтипа с доминирующей невнимательностью.

В связи с этим хочется отметить, что диагностические системы (как DSM-IV, так и МКБ-10) должны быть использованы не как набор жестких правил, а скорее как вспомогательный инструмент. Не стоит пренебрегать интуицией, целостным пониманием расстройства, ведь диагноз - это основа для выбора эффективных методов помощи и существует для того, чтобы служить ребенку.

Также ввиду того, что наличие сопутствующих расстройств при СДВГ является скорее правилом, чем исключением (индекс коморбидности до 80 %), их поиск - одна из важных задач обследования. Специалист, который проводит интервью, должен владеть знаниями о симптомах этих расстройств и путем целенаправленного обследования проверить их наличие.

Основные коморбидные с СДВГ расстройства у детей:

- Расстройства поведения (с оппозиционным, агрессивным и антисоциальным поведением).
- Нарушение развития речи и школьных навыков.
- Тревожные и соматоформные расстройства (в том числе обсессивно-компульсивное расстройство, социальная фобия и др.).
- Расстройства настроения (депрессия, биполярное расстройство - важно учитывать атипичную симптоматику его детской формы).
- Тики (в том числе синдром Жилля де ля Туретта).
- Нарушение развития координации движений.
- Расстройства спектра аутизма, умственная отсталость, пограничная интеллектуальная недостаточность.
- Энурез, расстройства сна.

Следующим необходимым шагом при обследовании является тщательная дифференциальная диагностика. Изменения в поведении могут быть неспецифической реакцией на любой жизненный стрессовый фактор (развод родителей и т. д.). Они также могут быть, как уже упоминалось выше, реакцией на соматическую болезнь. «СДВГ-подобный» синдром может наблюдаться и при многих других психиатрических расстройствах - в таком случае нужно выяснить, идет ли речь о коморбидности, или нарушения поведения являются проявлением иного расстройства. Другим аспектом диагностики является проблема дифференциации с нормой - иногда нормальное поведение ребенка может неверно трактоваться родителями ввиду их собственных особенностей (например, это типично для матерей, страдающих от депрессии, высокого уровня стресса, тревожности). Ниже приводится дифференциально-диагностический перечень.

Дифференциальная диагностика при СДВГ:

1. Нормальное для возраста поведение ребенка.
2. Соматические заболевания (большинство которых вызывают боль, дискомфорт, могут приводить к поведению

типа «СДВГ», также некоторые эндокринные расстройства, эпилептические абсансы, кожные заболевания, которые вызывают зуд; неврологические расстройства и др.).

3. Нарушение зрения, слуха.

4. Расстройства развития: речи, школьных навыков, умственная отсталость.

5. Психиатрические расстройства: другие поведенческие расстройства, тревожные расстройства, расстройства настроения, шизофрения, расстройства спектра аутизма, острая стрессовая реакция, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации, тики и др.

6. Ситуативные проблемы: например, конфликтная, стрессовая ситуация в школе, семье и т. п.

Итогом тщательной диагностики должна быть исчерпывающая диагностическая форма, из которой вытекает комплексный план помощи семье и ребенку и в которой содержится:

1. Основной диагноз.

2. Коморбидные расстройства и сопутствующие проблемы.

3. Психологическая характеристика ребенка.

4. Характеристика семьи ребенка.

5. Характеристика социального/образовательного контекста жизни ребенка.

6. Анализ основных отрицательных и положительных факторов влияния на динамику развития ребенка, характеристика взаимодействия этих факторов, прогностическое формулирование.

Диагностический этап завершается презентацией родителям данных обследования и общим планированием следующих шагов. Одной из главных характеристик качественного диагностического процесса является установление терапевтического альянса с семьей и ребенком, достижение общего видения имеющихся проблем и необходимых мероприятий для их преодоления.

Основные терапевтические вмешательства при СДВГ:

1. Психологическое просвещение.

2. Поведенческая (бихевиоральная) терапия.

3. Психофармакотерапия.

Возможные (основные и дополнительные) терапевтические вмешательства при СДВГ:

1. Дето-центрированные:

- Психологическое просвещение ребенка/ подростка.
- Психофармакотерапия.
- Психотерапия.
- Тренинг социальных навыков и др.

2. Семейно-центрированные:

- Психологическое просвещение родителей.
- Обучение родителей методам управления поведением.
- Семейная психотерапия.
- Индивидуальная психотерапия/психиатрическая помощь

родителям.

- Социальная помощь семье.

- Домашний видеотренинг общения и др.

3. Ориентированные на педагогическую среду (школа, детский

сад):

- Психологическое просвещение педагогов.
- Применение специфических подходов в обучении и управлении поведением ребенка с СДВГ в школе, детском саду.
- Выбор учебной среды (специализированная школа и т. п.) и др.

Согласно современному европейскому протоколу (Taylor et al, 2004), психологическое просвещение и обучение методам поведенческой терапии родителей и педагогов является основной формой помощи как в дошкольном, так и в школьном возрасте. Психофармакотерапия также является базовым вмешательством и применяется у детей с более тяжелыми формами СДВГ в школьном возрасте (речь идет о наличии выраженных первичных симптомов расстройства, которые серьезно нарушают жизнедеятельность ребенка). В этих случаях рекомендуется начинать с психофармакотерапии и при ее недостаточной эффективности дополнять поведенческой терапией, а при более легких формах СДВГ у школьников ее следует применять после поведенческой терапии, если с помощью последней не удалось достичь серьезных терапевтических результатов. В выборе методов вмешательства (в частности, между поведенческой терапией, психофармакотерапией или их объединением) важную роль играют не только «протокольные» рекомендации, но и мнение родителей, их готовность и открытость к применению того или другого метода. Что касается дошкольников с СДВГ, то здесь психофармакотерапия может применяться лишь в исключительных случаях, когда при максимально полном использовании поведенческих вмешательств сохраняются значительные нарушения поведения, препятствующие нормальному функционированию ребенка. Когнитивная психотерапия и тренинг социальных навыков рассматриваются как вспомогательные методы, их целесообразно применять в группе детей школьного возраста и подростков. Перечисленные терапевтические вмешательства представляют основу мультимодальной терапии при СДВГ.

Европейский протокол терапии СДВГ (Taylor et al., 2004)

1. Дошкольный возраст:

- а) Начинать с поведенческой терапии.
- б) Добавлять фармакотерапию лишь в случае недостаточной эффективности поведенческой при наличии серьезных нарушений функционирования ребенка в основных сферах жизни.

2. Школьный возраст:

- а) Легкие формы - начинать с поведенческой терапии (дома и в школе), дополнить фармакотерапией при недостаточной эффективности предыдущих вмешательств.
- б) Тяжелые формы - начинать с психофармакотерапии, при ее недостаточной эффективности/сопутствующих расстройствах - дополнить поведенческой терапией.

В связи с тем, что СДВГ является хроническим расстройством с высоким показателем коморбидности и значительным влиянием на психосоциальную среду ребенка, важно осознавать, что дети с СДВГ в большинстве случаев нуждаются именно в мультимодальной программе помощи, которая воздействовала бы на все звенья биопсихосоциальной цепочки факторов. Психофармакотерапия не может быть единственным методом помощи. Данные большого исследования, проведенного Национальным институтом психического здоровья США (МТА Cooperative Group, 1999, 2004), в котором сравнивалась эффективность поведенческой, медикаментозной и комбинированной терапии, показали, что изолированное применение психофармакотерапии значительно больше способствует редукции симптомов СДВГ, чем применение поведенческой терапии, - и это понятно: ведь медикаментозная терапия напрямую влияет на причину расстройства, а потому уменьшает его симптомы, тогда как поведенческая терапия скорее контролирует проявления симптомов и нацелена на уменьшение вызванных ими функциональных нарушений. Она оказывает своего рода компенсирующее воздействие и не столько уменьшает симптомы, сколько предупреждает их возможное негативное влияние на функционирование ребенка в основных сферах жизни.

Вышеупомянутое исследование показало также, что объединение медикаментозной и поведенческой терапии дает лишь незначительную дополнительную редукцию симптомов СДВГ по сравнению с изолированным применением фармакотерапии. Однако комбинированная форма терапии более эффективна, чем применение исключительно психофармакотерапии, в плане улучшения уровня функционирования семьи, а также влияния на коморбидные

расстройств. Несмотря на то, что результаты исследования вызвали определенные сомнения относительно целесообразности применения поведенческой терапии во всех случаях СДВГ, ведущие специалисты в данной сфере выступили в защиту важности применения именно пакета психосоциальных вмешательств (Barkley, 2006). Ценность этих методов состоит в первую очередь в том, что они дают результат, которого нельзя ожидать от медикаментозной терапии: они помогают родителям понять особенности своего ребенка, улучшить отношения с ним, выработать эффективные стратегии воспитания и управления его поведением. Это ведет к снижению семейного стресса, уровня конфликтов, улучшает самооценку родителей, эмоциональную атмосферу в семье. Соответственно улучшается эмоциональное самочувствие ребенка, повышается его самооценка. То же касается и применения поведенческой терапии педагогами в школе.

Особенная ценность психосоциальных вмешательств состоит именно в укреплении семьи как основного ресурса ребенка. А ввиду ожидаемого количества стрессов и испытаний как для семьи, так и для ребенка, едва ли может возникнуть сомнение в важности этих вмешательств, в их особенной поддерживающей силе. Если медикаментозная терапия действует на биологические факторы, и поэтому столь эффективно снижает выраженность симптомов, то психосоциальные вмешательства во многом определяют прогноз развития ребенка. Одной из основных задач психосоциальных вмешательств является обеспечение сопровождения семьи и ребенка в процессе развития последнего.

Ценность психосоциальных вмешательств состоит также в том, что они являются основой терапии коморбидных расстройств (в частности, расстройств поведения). Вспомним, что вероятность появления поведенческих расстройств при СДВГ очень высока (40-60 %). В развитии коморбидных расстройств «на почве СДВГ» основную роль играют психосоциальные факторы (психопатология родителей, негативные методы воспитания, негативные взаимоотношения между родителями и ребенком, неблагоприятная среда ровесников). Поэтому психосоциальные вмешательства, даже в случае «чистого» СДВГ, играют существенную роль в терапии и, что особенно важно, в предупреждении развития вторичных поведенческих расстройств. Бихевиоральная терапия учит родителей руководить поведением своего ребенка с СДВГ (то же касается и педагогов относительно учеников с СДВГ). Это важная задача, ведь к детям с СДВГ нужен особенный подход: то, что действует на «обычных» детей, часто не срабатывает в случае СДВГ. Даже если ребенок принимает медикаменты, их действие не всегда продолжается 24 часа в сутки и не всегда на 100 % снимает симптоматику расстройства. Следовательно, уметь руководить поведением ребенка, ослаблять его негативные последствия - важная задача родителей. Многие родители предпочитают начинать с поведенческой терапии как с более безопасной и лишь при ее недостаточной эффективности соглашаются подключить медикаменты. Часть родителей имеет сильное предубеждение против психофармакотерапии в целом, которое не всегда удается преодолеть. В этих случаях поведенческая терапия является единственным методом помощи. Кроме того, медикаментозная терапия не всем родителям доступна и с финансовой точки зрения, а значит, не каждый ребенок сможет ее получить. Поэтому в клинической практике важно не противопоставлять один метод помощи другому, а мудро объединять их в каждом конкретном случае.

Интенсивность психосоциальных вмешательств может быть разной в зависимости от особенностей семьи, выраженности психопатологии у родителей, семейной дисфункции. Вспомним, что Европейский протокол (Taylor et al., 2004) предлагает начинать с бихевиоральной терапии и лишь в случае ее недостаточной эффективности дополнять психофармакотерапией (кроме тяжелых случаев с выраженными нарушениями). Несколько иначе выглядит американский протокол (AACAP, 2007), который предлагает в социально благоприятных случаях (при отсутствии значительной семейной дисфункции и выраженных коморбидных расстройств у ребенка) начинать с психологического просвещения и медикаментозной терапии и лишь при наличии нарушений родительских функций, неблагоприятных отношений между родителями и ребенком, выраженных коморбидных расстройствах добавлять к медикаментозной терапии пакет психосоциальных вмешательств. При этом, конечно, учитывается мнение родителей и их право выбора методов терапии и последовательности их применения.

Важно помнить, что терапевтическая программа не исчерпывается лишь специфическими вмешательствами, в каждом случае она должна быть индивидуализирована и отвечать выявленным в ходе диагностического процесса проблемам. В связи с наличием коморбидных расстройств или вторичных проблем у ребенка или его семьи чрезвычайно важны и другие вмешательства: педагогические (ввиду возможного наличия специфических расстройств школьных навыков и учебных проблем), психофармакотерапевтические (с целью терапии коморбидных расстройств), психотерапевтические (для ребенка при низкой самооценке, наличии коморбидных тревожных расстройств, депрессии; для родителей и семьи в случае наличия проблем с психическим здоровьем у кого-то из родителей или значительной дисфункции в семье), социальные (например, привлечение ребенка в здоровую социальную среду ровесников, группы взаимоподдержки для родителей, защита ребенка от насилия в семье и т. п.) и др. В каждом случае важно выстроить с учетом приоритетности проблем последовательность терапевтических вмешательств и оценивать реальность их воплощения.

Помощь детям с СДВГ строится вокруг четких целей, которые указывают направление терапии и дают возможность оценивать ее эффективность. Если диагностика позволяет отметить на символической карте, где находится семья и ребенок в текущий момент, то поставленные терапевтические цели указывают на ту точку, к которой семья и

ребенок должны приблизиться в случае эффективной помощи.

Примером терапевтических целей для детей с СДВГ могут быть:

- Улучшение отношений ребенка с родителями, братьями/сестрами, учителями, ровесниками.
- Уменьшение количества проблем в поведении.
- Улучшение академической успеваемости ребенка.
- Повышение самооценки ребенка.
- Возрастание независимости и самоорганизованности ребенка, в частности в выполнении домашнего задания и других обязанностей.

Терапевтические цели во многих случаях нуждаются в преимущественной ориентации на семью. Они могут быть следующими: улучшение психологической атмосферы в семье, снижение уровня конфликтов, повышение уровня компетентности родителей и их эффективности в управлении поведением ребенка, улучшение отношений между братьями/сестрами и др. Конечно, цели будут в каждом случае свои.

Необходимо регулярно отслеживать эффективность терапевтических вмешательств. Информацию можно получать либо в ходе непосредственного общения с родителями и ребенком, либо из опросников, повторно заполняемых родителями или учителями, анализа изменений в школьной успеваемости ребенка и др.

Мониторинг эффективности чрезвычайно важен, так как отсутствие положительных результатов обычно указывает на наличие невыявленных или не принятых во внимание сопутствующих проблем и расстройств у ребенка либо в социальной среде. Причинами неэффективности вмешательств могут быть и диагностические ошибки, неверное применение методов терапии, нарушение сотрудничества с родителями и др. В каждом случае важно «держать руку на пульсе» и соответственно реагировать модификацией терапевтической программы. Однако и при положительном результате важно продолжать сопровождение семьи и ребенка, так как с каждым новым возрастным этапом могут появляться новые проблемы, требующие новых форм помощи.

9. Вопросы по теме занятия

1. Основные цели диагностического процесса.

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. Клиническое интервью, как один из методов диагностики СДВГ

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. Применение диагностических опросников

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. Нейропсихологическое обследование в диагностике СДВГ

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. Дополнительные обследования для постановки диагноза

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. К ОСНОВНЫМ КОМОРБИДНЫМ С СДВГ РАССТРОЙСТВАМ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ:

- 1) нарушения слуха;
- 2) астигматизм;
- 3) нарушение развития речи и школьных навыков;
- 4) синдром Дауна;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. ПО ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЕ DSM-IV ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДВИДЫ СДВГ:

- 1) СДВГ комбинированного типа, СДВГ с доминирующей гиперактивностью- импульсивностью;
- 2) СДВГ с доминирующим дефицитом внимания, СДВГ с доминирующей гиперактивностью- импульсивностью;
- 3) СДВГ комбинированного типа, СДВГ с доминирующим дефицитом внимания, СДВГ с доминирующей гиперактивностью- импульсивностью;
- 4) СДВГ комбинированного типа, СДВГ с доминирующим дефицитом внимания;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. СОГЛАСНО ЕВРОПЕЙСКОМУ ПРОТОКОЛУ (TAYLOR ET AL, 2004) ОСНОВНОЙ ФОРМОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С СДВГ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) психологическое просвещение и обучение методам поведенческой терапии родителей и педагогов;
- 2) гипотерапия;
- 3) спорт;
- 4) специализированная диета;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ СДВГ У ШКОЛЬНИКОВ КОРРЕКЦИЮ РЕКОМЕНДУЮТ НАЧИНАТЬ С:

- 1) психофармакотерапии;
- 2) телесной терапии;
- 3) психологического просвещения;
- 4) социальной помощи;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. ПО МНЕНИЮ RUSSELL BARKLEY (1996) ВАЖНЕЙШИМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ИЗ ВСЕХ ИМЕЮЩИХСЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С СДВГ ЯВЛЯЕТСЯ РАБОТА С:

- 1) нейропсихологом;
- 2) социальным работником;
- 3) родителем;
- 4) педагогом;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Общая закономерность аномального развития Л.С. Выготского

Вопрос 1: Сформулируйте общую закономерность аномального развития Л.С. Выготским;

Вопрос 2: Аномальные дети - это...;

- 1) Общей закономерностью для всех аномальных детей являются затруднения во взаимодействии с окружающей средой и, прежде всего, с людьми.;
- 2) Дети нуждающиеся в особых условиях обучения и воспитания;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. 1. Напишите основные этапы диагностического процесса. 1) _____

2) _____ 3) _____ 4) _____

Ответ: 1) 2. Вставьте пропущенные слова. Европейский протокол терапии СДВГ (Taylor et al., 2004) 1. Дошкольный возраст: а) Начинать с (1) _____. б) Добавлять фармакотерапию лишь в случае недостаточной эффективности поведенческой при наличии (2) _____ ребенка в основных сферах жизни. 2. Школьный возраст: а) Легкие формы - начинать с (3) _____ (дома и в школе), дополнить фармакотерапией при недостаточной эффективности предыдущих вмешательств. б) Тяжелые формы - начинать с (4) _____, при ее недостаточной эффективности/сопутствующих расстройствах - дополнить поведенческой терапией.

Вопрос 1: Основные этапы;

Вопрос 2: Вставьте пропущенные слова.;

- 1) детский психиатр: клиническое интервью с родителями и ребенком; 2) применение диагностических опросников; 3) психолог: нейропсихологическое обследование; 4) получение информации от учителей, дополнительные обследования.;
- 2) (1) - «поведенческой терапии»; (2) - «серьезных нарушений функционирования»; (3) - «поведенческой терапии», (4) - «психофармакотерапии».;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

12. Примерная тематика НИРС по теме

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- дополнительная:

Неретина, Т. Г. [Специальная педагогика и коррекционная психология](#) : учеб.-метод. комплекс / Т. Г. Неретина. - 4-е изд., стер. - М. : Флинта, 2019. - 376 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 14. Психологическая характеристика отдельных форм психических расстройств в детском возрасте. Задержанное психическое развитие. (Компетенции: УК-5.2, УК-5.3)

2. Разновидность занятия: дискуссия

3. Методы обучения: Не указано

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о нарушениях психического развития в детском возрасте как о науке, понимания специфичности и уникальности психологического знания, закрепление базовых предметных категорий, позволяющее включаться в профессиональное сообщество, формирование профессиональной ментальности, становление профессиональной позиции

5. Цели обучения

- обучающийся должен знать , уметь , владеть

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний, умений	10.00	Тестирование
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Обсуждение докладов по теме занятия. Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа	15.00	Дискуссия по вопросам к теме и обсуждение рефератов. Решение ситуационных задач
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тестирование
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия, и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

В детском возрасте задержка (*ретардация, отставание*) психического развития (ЗПР) встречается значительно чаще, чем умственная отсталость. При данной форме дизонтогенеза речь идет не о стойком и, по существу, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа. Под термином задержка развития понимаются синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, мыслительных, речевых, эмоционально-волевых). Обычно задержка психического развития у детей диагностируется к окончанию дошкольного возраста или при поступлении в школу, поскольку становится очевидным, что дети не достигают необходимого уровня готовности к обучению.

К задержанному развитию мы относим те варианты недостаточного развития, при которых характер, последовательность и этапность формирования всех психических сфер (регуляторно-волевой, когнитивной и аффективно-эмоциональной) в целом соответствуют средненормативным показателям, а темп формирования отстает от условной нормы. При этом социально-психологическая адаптация ребенка в целом не выходит за пределы нормативной.

Таким образом, критерием выделения этого вида отклоняющегося развития является незначительное (по сравнению с тотальным недоразвитием) отставание по темпу формирования всех психических функций и систем, не приводящее к социально-психологической дизадаптации. При этом темп развития постепенно ускоряется (спонтанно или с помощью специалистов), и к рубежу 9-11 лет ребенок в целом в состоянии догнать своих сверстников, достигнув условной нормы. Однако следует помнить, что квалификация развития как условно-нормативного достаточно жестко привязана к стандартной массовой образовательной программе и возможностям ее усвоения. Речь идет о социально-психологических и образовательных нормативах, требованиях образовательных программ подготовительных групп ДОУ, а затем и начальной школы, действующих в данный исторический момент времени. Именно эти требования определяют анализ психического развития ребенка. Понизится планка педагогических и программных требований – «исчезнет» и категория детей «с истинным ЗПР». Соответственно ужесточение требований к подготовленности детей к регулярному обучению, усложнение характера и структуры образования вызовут расширение этой категории (что мы и наблюдаем в настоящий момент).

На подобную группу детей исследователи обратили внимание еще в середине XIX века (Добролюбов Н.А., 1858). Ей давали разные названия («псевдонормальные», «отстающие в педагогическом отношении», «запоздавшие»,

«малограмотные» и т. п.).

В отечественной литературе существовали такие термины, как «дети с пониженным общим развитием и недостаточностью отдельных функций» (И. Борисов, 1925), «субнормальные дети» (А.Н. Граборов, 1925), «слабоодаренные» (В.П. Кашенко, Г.В. Мурашев, 1929), «умственно недоразвитые», «находящиеся между дебилами и нормальными детьми» (П.П. Блонский, 1930).

Еще в 1920-е годы в работах отечественных психиатров фигурировало понятие «задержка психического развития», делалась попытка развести тотальную задержку, возникающую вследствие врожденных причин (определяемую как олигофрению), и другие варианты «многочисленной сборной группы» (М.О. Гуревич, 1927). В фундаментальной работе Н.И. Озерецкого «Психопатология детского возраста» возникает раздел, посвященный «детям с замедленным темпом развития» (Озерецкий, 1938, с. 90), в котором в общем виде описываются все варианты темпово задержанного развития, дается, по сути, психолого-педагогическая характеристика и даже описывается адекватный образовательный маршрут для этих детей. В этот же период начинается изучение детей с психофизическим инфантилизмом (А.Ф. Мельникова, 1936). В начале 1950-х годов В.А. Гиляровский дал собирательную характеристику инфантилизма и выделил основной его критерий – гармоничность формирования различных психических сфер. Тогда же было предложено отнести детей с инфантилизмом к категории неравномерного психического развития (А.И. Барыкина, 1952; Е.Д. Прокопова, 1952).

Уже в 50–60-е годы прошлого столетия поднимался вопрос о принципиальной невозможности объединения в категорию «задержка психического развития» достаточно разнородной группы детей с разнообразными клиническими проявлениями (и по симптоматике, и по течению). В середине прошлого века один из основоположников отечественной детской психиатрии Г.Е. Сухарева выразила мнение, что формулировка «задержка психического развития» неудачна. «Без раскрытия его <диагноза> клинического содержания этот термин остается пустым и ненужным» (Сухарева, 1965. Т. III, с. 239). В подтверждение своей позиции в этой же работе она практически впервые дала этиопатогенетическую характеристику различных вариантов задержанного развития (в контексте разграничения с олигофренией) и привела наиболее адекватные образовательные маршруты.

Характерно, что во многих работах отечественных психиатров затрагивались вопросы психологических и поведенческих особенностей этой категории детей, сформированности их познавательной деятельности, обучаемости и выбора образовательных учреждений – то есть фактически не только давалась психиатрическая квалификация, но и развивался психолого-педагогический подход.

Так, Г.Е. Сухарева во II томе «Клинических лекций по психиатрии детского возраста» (1959) подробно описывает следующие нарушения:

- задержка темпа умственного развития, обусловленная неблагоприятными условиями воспитания и обучения или патологией поведения;
- интеллектуальные расстройства при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;
- различные формы общего инфантилизма, определяющие нарушения познавательной деятельности: гармонический инфантилизм (первый вариант); дисгармонический инфантилизм (второй вариант);
- инфантилизм на фоне резидуальной церебральной недостаточности (вариант, описанный Л.С. Юсевичем и М.И. Ляпидесом как «органический инфантилизм»).

Для каждого варианта автор дает развернутую этиопатогенетическую характеристику, описывает особенности обучения и наиболее адекватные образовательные маршруты.

Г.Е. Сухарева подчеркивает, что «те интеллектуальные нарушения, которые называют термином «задержка психического развития», различаются между собой не только по симптоматике и течению, но и по этиологии и патогенезу <...> Нужно отметить, что инфантилизм также не представляет собой самостоятельной клинической формы – это группа различных болезненных состояний <...> Отнюдь не всегда речь идет о временной задержке умственного развития, нередко имеет место более или менее стойкий интеллектуальный дефект» (Сухарева, 1959. Т. II, с. 252).

Таким образом, обосновывается невозможность использования единого определения для столь разнообразной группы детей и соответственно невозможность унифицированного сопровождения в образовательной среде.

В работах Т.А. Власовой и М.С. Певзнер (1970-е годы), посвященных этой категории детей, их состояние совершенно справедливо оценивалось как «временная задержка психического развития». Тем самым декларировался факт, что через определенный срок задержка компенсируется (с помощью специалистов или даже без нее), ребенок догонит своих сверстников и его развитие войдет в условнонормативное русло, что позволит ему обучаться по программе массовой школы. Таким образом, задержка психического развития в то время понималась исключительно как замедление темпа развития. Введение такого подхода на долгие годы определило магистральный путь диагностики

и коррекции развития огромного пласта детской популяции.

В дальнейшем этот подход получил развитие в ставших классическими работах В.И. Лубовского, К.С. и В.В. Лебединских, УВ. Ульенковой. Так, К.С. Лебединская (1980, 1982) провела дальнейшее разграничение и систематизацию этого варианта отклоняющегося развития.

Классической стала клиническая систематика ЗПР К.С. Лебединской (там же):

- ЗПР конституционального происхождения (неосложненный психический и психофизический инфантилизм, по М.С. Певзнер, гармонический инфантилизм, по Г.Е. Сухаревой);
- ЗПР соматогенного происхождения (интеллектуальные расстройства при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями, по Г.Е. Сухаревой);
- ЗПР психогенного происхождения (задержка темпа умственного развития, обусловленная неблагоприятными условиями воспитания и обучения или патологией поведения, описанная Г.Е. Сухаревой в рамках психопатического развития, в том числе и выделяемого ею дисгармонического инфантилизма);
- ЗПР церебрально-органического происхождения (варианты органического инфантилизма, описанные Г.Е. Сухаревой, психофизический инфантилизм, осложненный недостаточным развитием познавательной деятельности, речи, длительными астеническими и церебральными состояниями (по М.С. Певзнер) (Певзнер, 1966).

К.С. Лебединская не только дает клиническую характеристику этих групп ЗПР, но и неоднократно подчеркивает важность различных форм обучения для детей с разными вариантами задержанного развития, необходимость организации специальных классов и школ для детей с ЗПР церебрально-органического генеза, а в некоторых наиболее тяжелых случаях и обучение по программе вспомогательной школы (СКОУ VIII вида).

Таким образом, клиническая систематика К.С. Лебединской уточняет и конкретизирует в психолого-педагогическом аспекте подход Г.Е. Сухаревой.

В свою очередь, проводилась и более глубокая дифференциация «внутри» полиморфной группы детей с ЗПР церебрально-органического генеза (Лебединский, 1985; Переслени, 1996). В основу разграничения положен ведущий фактор в структуре дефекта познавательной деятельности.

Первая группа – это дети, у которых ведущим фактором в структуре дефекта являются нарушения произвольной регуляции деятельности, а нарушения мышления и речи вторичны и зависят от степени выраженности регуляторных расстройств (по М.С. Певзнер, это дети с неосложненным и осложненным психофизическим инфантилизмом). В то же время авторы отмечали, что у детей этой группы наблюдаются знаки неврологического неблагополучия и, следовательно, их также можно, если следовать классической трактовке, отнести к категории детей с ЗПР церебрально-органического генеза.

Эмоционально-волевая недостаточность у детей этой группы неизменно сочетается с несформированностью всех форм внимания. Последнее выступает в повышенной отвлекаемости на незнакомые, сильные раздражители, в недостаточной устойчивости, плохом распределении внимания, в трудностях переключения на новый вид деятельности. Дефицит произвольного внимания закономерно сопровождается замедлением выполнения перцептивных операций, снижением их скорости и точности. В этих случаях можно говорить не только о нарушении регуляции деятельности, но и об ухудшении усвоения поступающей информации, снижении запаса знаний.

Вторая группа состоит из детей с негрубыми первичными нарушениями когнитивного компонента познавательной деятельности, сочетающимися с различными нарушениями регуляции деятельности, эмоционально-волевыми расстройствами (основу этой группы также составляют дети с ЗПР церебрально-органического генеза, по К.С. Лебединской, а часть из них даже определяли как детей со «стойкой задержкой психического развития церебрально-органического генеза»).

В обобщенной психологической характеристике детей этой группы отмечается интеллектуальная недостаточность, проявляющаяся в ухудшенных по сравнению с нормой показателях мнестической деятельности, существенном снижении показателей словесно-логического мышления (недостаточным объемом знаний и представлений). Нарушения пространственного гнозиса и праксиса обнаруживаются при выполнении различных наглядных задач. Часто отмечаются инертность в сочетании со слабостью побуждений, вялость, пассивность. Этим детям, как отмечает Л.И. Переслени, необходимо обучение в классах VII вида, то есть специальное, но не массовое образование.

При задержке психического развития **конституционального происхождения** (гармонический психический и психофизический инфантилизм, по определению Лорена и Ласега, цит. по Г. Е. Сухаревой, 1965) инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей как бы находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому

складу ребенка более младшего возраста: с яркостью и живостью эмоций, преобладанием эмоциональных реакций в поведении, игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности. Эти дети неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества и выдумки и в то же время быстро пресыщаются интеллектуальной деятельностью. Поэтому в первом классе школы у них иногда возникают трудности, связанные как с малой направленностью на длительную интеллектуальную деятельность (на занятиях они предпочитают играть), так и неумением подчиняться правилам дисциплины (Т. А. Власова, М. С. Певзнер, 1973). Эта «гармоничность» психического облика иногда нарушается в школьном и взрослом возрасте, так как незрелость эмоциональной сферы затрудняет социальную адаптацию. Неблагоприятные условия жизни могут способствовать патологическому формированию личности по неустойчивому типу (Г. Е. Сухарева, 1959; Г. Штутте, 1967; В. В. Ковалев, 1979).

Нередки случаи аналогичного сомато-психического инфантилизма в семье; непатологический уровень психических особенностей свидетельствует о преимущественно конституциональном генезе этой формы задержки психического развития (Л. С. Юсевич, 1934; Г. Е. Сухарева, 1959). Однако, такая «инфантильная» конституция может быть сформирована и в результате негрубых, большей частью обменно-трофических заболеваний, перенесенных на первом году жизни (К. С. Лебединская, 1980; и др.).

При так называемой **соматогенной задержке психического** развития эмоциональная незрелость, как указывалось, обусловлена длительными, нередко хроническими заболеваниями, пороками развития сердца и т. д. Хроническая физическая и психическая астения тормозят развитие активных форм деятельности, способствуют формированию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в своих силах. Эти же свойства в значительной степени обуславливаются и созданием для больного или физически ослабленного ребенка режима ограничений и запретов. Таким образом, к явлениям, обусловленным болезнью, добавляется искусственная инфантилизация, вызванная условиями гиперопеки.

Задержка психического развития **психогенного происхождения** связана с неблагоприятными условиями воспитания. Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Как известно, при раннем возникновении и длительном действии психотравмирующего фактора могут возникнуть стойкие сдвиги нервно-психической сферы ребенка, обуславливающие патологическое развитие его личности.

Так, в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности с задержкой психического развития по типу психической неустойчивости: неумением тормозить свои эмоции и желания, импульсивностью, отсутствием чувства долга и ответственности.

В условиях гиперопеки психогенная задержка эмоционального развития проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию, труду.

В психотравмирующих условиях воспитания, где преобладают жестокость либо грубая авторитарность, нередко формируется невротическое развитие личности, при котором задержка психического развития будет проявляться в отсутствии инициативы и самостоятельности, робости, боязливости.

Задержка психического развития церебрально-органического генеза имеет наибольшую значимость для клиники и специальной психологии ввиду выраженности проявлений и частой необходимости специальных мер психолого-педагогической коррекции.

Причины церебрально-органических форм задержки психического развития (патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни), как видно, в определенной мере сходны с причинами олигофрении. Это сходство определяется органическим поражением центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Пойдет ли речь о выраженном и необратимом психическом недоразвитии в виде олигофрении либо только о замедлении темпа психического созревания — будет зависеть в первую очередь от массивности поражения. Другим фактором является время поражения. Задержка психического развития значительно чаще связана с более поздними, экзогенными повреждениями мозга, воздействующими в период, когда дифференциация основных мозговых систем уже в значительной мере продвинута и нет опасности их грубого недоразвития. Тем не менее Л. Тарнополь (1971) и др. предполагают и возможность генетической этиологии.

Признаки замедления темпа созревания часто обнаруживаются уже в раннем развитии этих детей и касаются почти всех сфер, в значительной части случаев вплоть до соматической. Так, по данным М. Ф. Марковской (1983), обследовавшей 100 учеников младших [классов специальной школы для детей с задержкой психического развития, замедление темпа физического развития наблюдалось у 32% детей, задержка в становлении локомоторных функций — у 69%, речи — у 63%, длительная задержка формирования навыков опрятности (энурез) — в 36% наблюдений. Следует, однако, отметить, что запаздывание в формировании этих функций выражено меньше, чем при олигофрении. В случаях возникновения задержки психического развития в связи с постнатальными вредностями (инфекциями, интоксикациями и травмами), перенесенными в первые 3-4 года жизни, можно наблюдать наличие временного регресса приобретенных навыков и их последующую нестойкость.

Типичные особенности раннего развития детей этой категории, как правило, схожи с обоими описанными выше вариантами парциальной недостаточности и не имеют какой-то специфики по сравнению с ними, хотя и проявляются в более тяжелой форме.

Часто (до 80 %) имеются указания на перинатальные осложнения: гипотрофия плода, недостаточность маточно-плацентарного кровообращения, морфо-функциональная незрелость к моменту рождения, обвитие пуповиной, в отдельных случаях отмечается неглубокая недоношенность (максимум 28-30 недель).

Характерны тяжелое протекание беременности (угрозы прерывания, гестозы), эндокринные нарушения у матери, тяжелые осложненные роды, недоношенность, задержка внутриутробного развития. Период новорожденности и первый год жизни протекают обычно тяжело - часто осложнены воспалительными заболеваниями (пневмониями, отитами и др.).

При неврологическом обследовании на первом году выявляются: синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензионно-гидроцефальный синдром (чаще доброкачественного транзиторного характера), синдромы мышечной гипо-, гипер- или дистонии, вегетативной дисфункции. Однако ни один из них не является специфичным для данного варианта развития. Встречаются и такие тяжелые заболевания, как менингоэнцефалит, состояние острой дыхательной недостаточности, тяжелые ЧМТ и др. Характерны судорожные синдромы: фебрильные судороги в первый год и/или не связанные с температурой судорожные приступы с дебютом после 1,5-2 лет.

Уже на первом году жизни проявляется истощаемость как рефлекторных, так и произвольных реакций. Замечено отставание созревания суточных ритмов (Чутко, Пальчик, Кропотов, 2004).

Часто на первом году жизни ребенку ставится медицинский диагноз: «пре- или перинатальная энцефалопатия», который в дальнейшем переходит в «психоорганический синдром». Проявляются множественные косвенные признаки неврологического неблагополучия: фонтанные срыгивания, выраженные проблемы сна, беспокойство и отмечаемое родителями общее неблагополучие ребенка. Ими же отмечаются частые осложненные отитами или даже пневмониями простудные заболевания, которые сопровождались медикаментозной терапией (в основном антибиотиками).

Нередко такой ребенок с трудом принимает твердую пищу (порой до 3-3,5 года), имеет повышенный порог рвотного рефлекса.

Основные традиционно фиксируемые ступени моторного развития первого года жизни могут не иметь грубых отклонений от нормы и укладываются в так называемую «задержку психомоторного развития». Диапазон сроков, когда ребенок начинает удерживать головку, принимать вертикальную позу, ходить и т. п., достаточно широк: от практической нормы (в легких случаях) до выраженной задержки психомоторного развития.

Произвольные повороты, навыки дотягивания-схватывания предметов, формирование захватывающих поз кисти и пальцев, бимануальной деятельности (одновременные и согласованные движения рук) обычно запаздывают на 1-2, реже 3 месяца. Сроки моторного развития могут быть патологически ускорены, как и у детей с регуляторной незрелостью, а могут и не соответствовать по темпу формированию средневозрастным показателям (опять же в различном диапазоне выраженности). Последнее типично для детей с пониженным мышечным тонусом. Характерным является не только смещение сроков моторного развития, но и нарушение последовательности формирования моторных навыков (во многих случаях даже пропуск определенных этапов развития). В частности, это касается этапа ползания и сроков возникновения поворотов со спины на живот и самостоятельного присаживания.

При начале ходьбы такой ребенок скорее побежит, нежели медленно пойдет, при этом родители часто вспоминают, что ребенок много падал, ударяясь при этом головой. То есть в данном случае можно говорить и о вторичной травматизации, отягощающей уже имеющиеся проблемы неврологического характера.

Задержка моторного развития становится совершенно очевидной на втором-третьем годах жизни ребенка и далее: существенно запаздывает освоение подъема и спуска по лестнице, бега с отрыванием от земли, прыжков, умения бросать и ловить мяч, катания на велосипеде и т. п. Вследствие задержки развития мелкой моторики дети долго не могут научиться завязывать шнурки, не любят рисовать и т. п.

Внимательные родители уже с первого полугодия жизни могут заметить и отставание в развитии представлений: проблемы с различением разных по качеству и интенсивности раздражений, способностью наблюдать за предметом, искать спрятанные предметы.

Для детей этой категории характерна выраженная задержка формирования начальных этапов речевого развития. Уже на первом году жизни лепет отличается бедностью и невыразительностью, слабо интонационно окрашен,

лепетные слова появляются в возрасте около 1 года (после 14 месяцев), наращивание словаря происходит медленно, фразовая речь возникает ближе к трем годам (в отдельных случаях к 3,5–4 годам). Как отмечает А.Н. Корнев (2006), для детей старше 10-ти месяцев характерно фрагментарное, нестабильное понимание даже контекстной речи, нестабильное понимание имен (своего, мамы, папы), названий знакомых игрушек. Причем выраженность подобных нарушений варьирует в большом диапазоне: от полного отсутствия реакции до некоторого ограничения понимания. Речь имеет своеобразие не только в плане звукопроизношения, долго сохраняются и проблемы построения фразы, ее грамматического оформления.

При некоторой вариативности речевого развития в целом таких детей отличает пропорциональность развития речи: уровень импрессивной речи соответствует уровню экспрессивной речи. Распространено некоторое отставание развития речи в плане невербальных составляющих интеллекта (хотя отдифференцировать в этом возрасте описываемый вариант парциальной недостаточности от *недостаточности вербально-логического компонента познавательной деятельности* можно только на основании наличия явных признаков неврологического неблагополучия). Позже на первый план выступают трудности порождения развернутых связанных высказываний, незрелость прагматики речи, стойкие нарушения звукопроизношения.

Следует отметить, что у детей может возникать заикание. Обычно оно появляется на фоне неблагополучного неврологического статуса: гипертензионно-гидроцефального синдрома, моторной недостаточности, стертой дизартрии (артикулярной диспраксии, по А.Н. Корневу), признаков дисфункции ствола головного мозга. Подобный речевой дефект как правило, возникает в 3–3,5 года и совпадает с очередным «речевым скачком». Провоцирующими факторами чаще всего являются соматические заболевания. Нарушения ритма речи обычно негрубые, часто в виде запинок, достаточно легко поддающихся коррекции. Возможно и заикание как подражание.

Со второго полугодия жизни можно заметить отставание в развитии игровой деятельности. В целом коммуникативное и игровое поведение обеднено, жестовая речь невыразительна и скудна.

Несколько позже появляются реакции настороженности и страха чужого человека, при этом ранние формы реакции на чужого (крик с разгибанием туловища, прижимание к матери, иногда избегание прямого глазного контакта и т. д.) могут сохраняться значительно дольше обычного (до 2–3,5 лет).

В раннем возрасте дети отличаются повышенной пугливостью, капризностью. Кризис года начинается с некоторым опозданием, имеет яркие проявления, плавно перетекая в кризис трех лет. В то же время адекватно оценить развитие ребенка в раннем возрасте порой бывает сложно из-за выраженных негативных реакций.

Характерна тяжелая адаптация к детскому саду в возрасте около трех лет (при этом она может и не быть соматически осложненной).

Внешний вид, специфика поведения. Как правило, жалобы, с которыми обращаются родители и педагоги в предшкольный период, касаются «плохой речи», нарушений поведения, невнимательности, нежелания заниматься, плохого усвоения и удержания материала, который связывают и с речевой недостаточностью, и с «плохой памятью». В школе на первый план выходят уже более выраженные трудности обучения.

Часто такой ребенок выглядит «не совсем здоровым». Причем имеется в виду не диспластичность, присущая детям с тотальным недоразвитием. Впечатление физического неблагополучия складывается из особенностей телосложения, нарушений осанки, недостаточного развития мышц, снижения упругости мягких тканей, бледности, пастозности, отечности лица, усиления сосудистого рисунка, синяков под глазами и т. п. Нередко (преимущественно среди мальчиков) наблюдается задержка развития или дисплазия половых органов.

Приведем часто встречающиеся фенотипические варианты внешних особенностей, характерные в основном для детей дошкольного возраста:

- *Невысокий (но не грубо сниженный) уровень физического развития. При этом рост снижен больше, чем вес (ребенок выглядит полноватым). Сниженный тургор тканей («рыхлость»), пастозность, бледность. Лицо отечное, одутловатое, приоткрытый рот, ринолалия. Этот тип ближе всего к описанному русскими педиатрами «лимфатико-гиперпластическому диатезу» или «кальциевому» типу в гомеопатии (*calcareo carbonica*). Характерно увеличение лимфатических узлов, глоточных и небных миндалин.*
- *Низкий вес и рост (но вес снижен более, чем рост, поэтому ребенок выглядит маленьким и очень худым с относительно большой головой), тонкие руки и ноги, нарушение осанки, деформация голеней и стоп (обычно вальгусная). Сероватый цвет лица, усилен сосудистый рисунок черепа, синяки под глазами. Часто сухая шелушащаяся кожа, кариес молочных зубов.*
- *Крупный, но при этом физически слабый. Прохладные кисти и стопы, мраморный рисунок кожи на руках и ногах, низкий тургор тканей (рыхлость), склонный к полноте. Признаки «микроэндокринных» нарушений: нарушения полового созревания (раннее или позднее), специфика распределения жирового слоя, склонность к ожирению, гипертрихоз, склонность к задержке жидкости и т. п.*

Г.Е. Сухарева, считая, что ранние повреждения мозга ведут к «нарушениям развития всего организма», особо подчеркивала отставание физического развития. Однако мы наблюдали несколько детей с недоношенностью в анамнезе, неврологическими отклонениями на первом году жизни, которые в возрасте 3-6 лет демонстрировали среднее гармоничное физическое развитие и минимальные соматические отклонения – кариез, гиперплазия лимфоидной ткани, склонность к аллергии и т. п. Фенотипические особенности детей со смешанным парциальным недоразвитием не исчерпываются, разумеется, описанными вариантами.

Особенности поведения никак не укладываются просто в картину поведения «более младшего ребенка», что в основном характерно для истинной задержки развития и обозначается термином «инфантилизм». Это скорее поведение более младшего ребенка, находящегося в состоянии утомления, плохого физического самочувствия, чем-то расстроенного, раздраженного или плохо выспавшегося.

Дети, как правило, чрезмерно капризны, раздражительны, обидчивы, пугливы, склонны к резким сменам настроения, часто находятся в плохом настроении. Они могут быть как чрезмерно подвижными, возбудимыми и суетливыми, так и медлительными, вялыми, малоподвижными, с замедленными реакциями. В первом случае их реакции обладают живостью и непосредственностью, присущей младшим детям, но при этом им не хватает познавательного интереса. Эти дети моментально и без особых причин впадают в плохое настроение, причем возникает оно легче, чем хорошее. Положительные впечатления зачастую приводят к сильному перевозбуждению, которое внезапно сменяется вялостью, раздражением, плачем, иногда истерикой. Раздражительность, капризность наряду с некоторой подавленностью характерны и для малоподвижных детей.

Отличительной особенностью этих детей является высокая утомляемость и в особенности истощаемость. Довольно часто наблюдается застенчивость, пугливость.

От ожидания, поездки в транспорте, лишения дневного сна, увеличенного перерыва в еде или других нарушений режима дети (даже старшего дошкольного возраста) становятся слишком вялыми или возбужденными, плаксивыми, замкнутыми, негативно настроенными к окружающим, протестными, «просто невыносимыми».

Сама попытка заниматься с ними может вызвать капризы, протесты, жалобы на усталость, головную боль, сильную зевоту. При этом в игре они более выносливы, хотя недостаточно инициативны и гибки.

Характерно повышенное упрямство, «неуживчивость, плохая приспособляемость» (определение Г.Е. Сухаревой).

Поведение детей может приближаться к импульсивному, грубо расторможенному. Иногда бывают выражены и эпилептоидные черты характера (не столько педантичность, сколько упрямство, злобность, негативизм, мстительность, аффективные вспышки).

В ситуации психологического обследования эти дети обычно адекватны в поведении, но быстро устают, теряют интерес к предлагаемым заданиям, на фоне утомления критичность к результатам своей деятельности снижается. В связи с этим в конце более или менее продолжительного обследования они могут начать демонстрировать феномены, как две капли воды похожие на поведенческие особенности детей с тотальным недоразвитием. Это накладывает определенные ограничения как на продолжительность диагностического обследования таких детей, так и на используемые диагностические методики и, безусловно, должно учитываться при анализе результатов. Признаки внешней стигматизации встречаются редко, но имеется специфика рисунка поведения – недостаточное понимание ситуации, вязкость, импульсивность, плаксивость, эмоциональная лабильность. Среди особенностей внешнего плана можно отметить моторную неуклюжесть, неловкость, неаккуратность во внешнем виде.

Неврологические и соматические особенности. У детей со смешанным типом парциальной недостаточности наблюдаются значительные неврологические нарушения: выраженные нарушения мышечного тонуса, задержка моторного развития и т. п. Часто возникают аффективно-респираторные приступы, имеющие типичное течение, энурез может наблюдаться вплоть до 5-7 лет. Неврологами отмечаются ночные страхи, реже фебрильные судороги, тики, заикание, что описывается как *неврозоподобный синдром*.

Кроме того, в неврологическом статусе отмечаются: недостаточное развитие мышц (даже у полных детей), кроме мышечной гипотонии, может быть негрубая гипертония, паратонии. Часто отмечаются патологические рефлексы, иногда автоматизмы (симметрично или по гемитипу), симптомы вегетативной дисфункции (недостаточное вегетативное обеспечение). Выявляется недостаточное развитие произвольной моторики – пропорционально общей и мелкой, негрубые координаторные нарушения (чаще «атаксия конечностей» – нарушения координации движений рук), задержка развития произвольной моторики может быть более выражена в тонких движениях рук. Вегетативные симптомы чаще свидетельствуют не столько о недостаточности вегетативного обеспечения деятельности, сколько о напряжении симпатического звена и надсегментарных механизмов регуляции. Чаще, чем в среднем по популяции, наблюдается внутречерепная гипертензия с расширением желудочков мозга. Параклиническими методами могут быть выявлены локальные нарушения активности мозга, эпилептическая активность: на ЭЭГ обнаруживаются признаки дисфункции

ствола головного мозга (нижнестволовых мезодиэнцефальных отделов), негрубая задержка формирования коркового ритма.

Отмечаются признаки нарушений мозговой гемодинамики, транзиторное расширение желудочков мозга, внутричерепная гипертензия.

Латеральные предпочтения. Признаки наличия специфики функциональной организации у детей анализируемого типа отклоняющегося развития выражается в большем по сравнению со среднестатистическими показателями количестве левосторонних предпочтений. Это является фактором, осложняющим общий ход развития ребенка.

Темповые характеристики деятельности, работоспособность.

Работоспособность и темп психической деятельности в целом снижены, порой значительно. Наряду с этим, как уже отмечалось, часто наблюдается импульсивность деятельности в целом, в особенности при выборе правильного решения из нескольких вариантов (например, при выполнении методики Прогрессивные Матрицы Равена). Такая импульсивность и нередко сопровождающая ее расторможенность могут быть обусловлены не только утомлением. Но на фоне утомления (даже неярко выраженного) расторможенность и импульсивность (реже тормозимость) усиливаются, становятся преобладающими как в общем рисунке поведения, так и при выполнении предлагаемых заданий.

Характер деятельности (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль). Регуляция собственной деятельности и произвольность в двигательной сфере как основа произвольных форм психической деятельности сформированы недостаточно (в разной степени).

Адекватность. В процессе диагностики адекватность ребенка по отношению к самой ситуации и к результатам своей деятельности, нормативная в начале работы, на фоне истощения снижается вплоть до выраженной неадекватности. Таким образом, наблюдается выраженная динамика изменения этого показателя в процессе обследования и в процессе любой деятельности ребенка. Это характерно и для других неспецифических критериев деятельности: критичности и обучаемости.

Критичность. Может быть как достаточной, так и значительно сниженной на фоне выраженного утомления, часто ребенок просто отказывается от выполнения каких-либо заданий. При этом впоследствии ребенок может сожалеть о своем поведении.

Обучаемость. Наблюдаются трудности переноса на аналогичный материал, процесс обучения замедлен, что в еще большей степени сближает этот вариант с тотальным недоразвитием. В случаях выраженной парциальной недостаточности смешанного типа характер обучаемости практически полностью аналогичен наблюдаемому в группе детей с тотальным недоразвитием.

В то же время при общем снижении обучаемости можно говорить о сохранности отдельных психических процессов и функций. Обучаемость снижена не столько за счет низкой мотивации к занятиям, сколько за счет *трудностей алгоритмизации и удержания материала*. То есть страдает в первую очередь регуляторный компонент деятельности, хотя и мнестическая деятельность в рамках чисто когнитивных процессов может быть явно недостаточной. Характерно, что родители определяют таких детей как «неглупых, но ленивых», невнимательных и забывчивых. Иногда близкие считают, что ребенок «просто плохо разговаривает».

Особенности сформированности познавательной деятельности. В первую очередь наблюдается недостаточность операциональной стороны деятельности. Изолированно недостаточны отдельные звенья когнитивной сферы (мнестическая деятельность может быть снижена как по показателям скорости и/или объема запоминаемого материала, так и в плане трудностей удержания порядка или смысла запоминаемого материала). Также страдает конструктивный (пространственный) анализ и синтез, нередко дефицитарными являются гностические функции (в том числе и проприоцептивные – это может являться и одной из причин несформированности ментальных структур, а именно схемы собственного тела).

Часто затруднена работа с заданиями перцептивно-логического и даже перцептивно-действенного плана. Их результативность может находиться на нижней границе возрастной нормы. Среди особенностей развития непосредственно когниций в первую очередь следует отметить недостаточность предпосылок собственно мыслительной деятельности (основы операций сравнения, обобщения и категоризации и т. п.). Отмечается несформированность всей системы пространственных представлений и, как следствие, не только недостаточность всех сторон экспрессивной речи, но и трудности понимания и актуализации относительно сложных речевых конструкций. Это также является одним из факторов, определяющих недостаточность логического мышления.

Причем следует отметить, что состояние детей (уровень психической активности в целом) может колебаться в

зависимости от метеорологических изменений, фаз луны и т. п., что может не только ухудшать результативность, но, как ни парадоксально, и способствовать ее улучшению. Такие колебания состояния свидетельствуют, как правило, о недостаточности, слабости нейродинамических показателей деятельности центральной и периферической нервной системы.

Развитие речи. Недостаточно сформированы все средства языка, а также логические формы речемыслительной деятельности, включая уровень элементарной логики. Причем степень выраженности речевого недоразвития может быть разной – от негрубых аграмматизмов, упрощенного синтаксиса и легкой несформированности фонематических нарушений до грубой несформированности звукопроизношения, языковых и метаязыковых навыков. В редких случаях приходилось наблюдать даже в целом нормативное речевое развитие при достаточно выраженных нарушениях когнитивных функций.

При данном варианте недостаточности наблюдаются разнообразные нарушения звукопроизношения (трудности овладения слоговой структурой слова, воспроизведения сложных фонологических структур, пропуски и дубликации звуков и слогов и т. п.), которые (и это главное для этой категории детей,) могут сочетаться с различным же по степени выраженности лексико-грамматическим недоразвитием. В последнем случае наблюдается бедность активного словаря, значительная диссоциация между объемом активного и пассивного словаря, выраженные аграмматизмы, упрощенные синтаксические конструкции, значительное уменьшение длины фраз.

Очевидно, что серьезные трудности (фактически аналогичные трудностям детей с *недостаточностью вербально-логического компонента познавательной деятельности*) такие дети испытывают при овладении письменной речью и чтением.

Игровая деятельность. В целом игра бывает более упрощенной, чем при других формах парциальной недостаточности. Дети могут подолгу быть заняты простыми (в операциональном плане) играми преимущественно манипулятивного характера, затрудняются в принятии роли в сюжетной игре. Часто компенсаторно предпочитают облегченные по содержанию игры двигательного характера (догонялки, возню, «вопилки» и т. п.), несмотря на определенную двигательную неловкость. При хороших отношениях с воспитателями предпочитают крутиться возле них, нежели играть с детьми. Могут быть и расторможены, плохо управляемы, с аффективными вспышками, когда игра не складывается. При этом дети, как правило, недостаточно критичны в ситуации игрового конфликта.

Особенности эмоционально-личностного развития. Встречаются любые варианты личностных и поведенческих особенностей. Могут возникать как экстрапунитивные, так и интропунитивные личностные реакции, неадекватность и завышенность притязаний и самооценки, черты инфантильной демонстративности, неуверенность в себе, боязливость, тревожность, опасения не соответствовать требованиям взрослых. Подобные эмоциональные проявления могут быть неадекватны ситуации и уплощены. В данном случае можно говорить о следующем правиле: чем менее выражены личностные и аффективно-эмоциональные нарушения, тем более благоприятен прогноз дальнейшего развития ребенка. Именно при этом варианте парциальной недостаточности аффективно-эмоциональное и личностное развитие будет ресурсной базой, той «соломинкой», за которую можно «вытянуть» ребенка.

Сформированность компонентов базовой структурной организации. При этом типе развития отмечается недостаточность двух компонентов базовой структурной организации: регуляторных и ментальных структур, что проявляется в несформированности произвольной регуляции и недостаточности овладения пространственно-временными представлениями.

Произвольная регуляция психических процессов и собственного поведения, эмоциональной экспрессии выражено незрела, однако на двигательном уровне она может быть достаточной. В грубых случаях при массивности неврологических проявлений ребенок будет демонстрировать дефицитарность и этого уровня произвольной регуляции.

Пространственные представления сформированы недостаточно (часто, начиная с уровня телесных интеграций – возможности анализа схемы собственного тела). В речи присутствуют лишь наиболее простые пространственные предлоги, выражены затруднения в понимании даже относительно несложных пространственно-временных и, как следствие, причинно-следственных отношений, что свидетельствует о недостаточности развития и вышележащих уровней ментальных структур – речезыкового квазипространства и межличностного пространства.

В невыраженных случаях этого варианта недостаточности все уровни аффективной организации развиты относительно пропорционально и гармонично. При значительной недостаточности регуляторного и когнитивного компонентов наблюдается как гипо-, так и гиперфункция (по крайней мере 3-го и 4-го уровней аффективной организации) и общая диспропорциональность всей системы.

Как уже отмечалось, сформированность и относительная гармоничность системы аффективной организации (как

основы мотивационной сферы и личностного развития в целом) зачастую определяют относительную благоприятность прогноза дальнейшего «продвижения» ребенка в образовательной среде. В то же время диспропорциональность и выход этой системы за нормативные границы возрастного диапазона даже при меньшей недостаточности компонентов базовой структурной организации, определяющих познавательную деятельность, делают прогноз развития более неблагоприятным.

Описание задержки интеллектуального развития было бы неполным без специального обсуждения проблемы так называемой педагогической, а правильное — микросоциальной запущенности: недостаточного уровня развития навыков, умений и знаний у ребенка с полноценной нервной системой, но длительно находящегося в условиях недостатка информации, интеллектуальной, а часто и эмоциональной депривации. В социально неблагоприятных семьях (при хроническом алкоголизме родителей, в условиях безнадзорности и т.д.) может задерживаться интеллектуальное развитие ребенка и со здоровой нервной системой. Однако как психологическая структура этого недоразвития, так и его прогноз будут иными, чем при задержке психического развития, обусловленной болезненным фактором. «Мозаичность» знаний, представлений и понятий такого микросоциально запущенного ребенка, асинхрония в его развитии будут связаны не с парциальностью недостаточности его высших корковых функций, а с особенностью воспитания и окружения. Такой ребенок будет хорошо ориентирован в довольно сложных, но знакомых ему ситуациях, проявит в них самостоятельность, гибкость и инициативу, будет достаточно осведомлен и сообразителен в вопросах, представляющих для него интерес.

Таким образом, задержка психического развития церебрально-органического генеза имеет наибольшее значение в плане необходимости специальной психолого-педагогической коррекции. Динамика самого феномена задержки психического развития, даже ее церебрально-органических форм, принципиально отлична от динамики олигофрении. Несмотря на замедленный темп психического развития и эпизодичность явлений регресса (появление энуреза, усиление инфантильности в поведении и т.д.), нередко возникающих под влиянием неблагоприятных факторов (инфекции, психические травмы), на наличие энцефалопатических и нейродинамических расстройств, дефицитарности отдельных корковых функций, в условиях правильного обучения эти дети постепенно преодолевают задержку общего психического развития, усваивая знания и навыки, необходимые для социальной адаптации. Этому способствует наличие ряда сохранных звеньев в структуре их психики, и прежде всего потенциально сохранных возможностей развития высших психических функций. Следует, однако, отметить, что черты эмоциональной незрелости в виде органического инфантилизма могут сохраняться более длительно и в неблагоприятных условиях жизни тормозить психическое развитие этих детей. Суммируя все вышеприведенные данные о задержке психического развития, следует подчеркнуть ее следующие характерные черты. Прежде всего в отличие от стойкого психического недоразвития, характеризующего олигофрению, при этом виде аномалии развития речь идет не о необратимом недоразвитии, а о замедлении темпа психического созревания. В отличие от стойкого недоразвития при олигофрении этот динамический процесс может иметь и экстрацеребральную природу и быть связанным как с общей сомато-психической конституцией, так и с первичной соматической недостаточностью. Наибольшую практическую значимость для диагностики представляют церебрально-органические формы задержки психического развития. Имея определенную общность с олигофренией в плане этиологии, они характеризуются не только меньшей тяжестью поражения нервной системы, но и иной клинико-психологической структурой дефекта. Более позднее время поражения приводит практически к обязательному наличию повреждения систем с относительно коротким периодом развития. Поэтому в клинико-психологическую структуру задержки психического развития всегда будут включены нейродинамические и разной степени выраженности энцефалопатические расстройства. Более позднее время поражения обуславливает и различную степень уязвимости отдельных функций к вредоносному воздействию; в связи с этим в отличие от тотального недоразвития при олигофрении здесь наблюдается мозаичность нарушений, особенно демонстративная в отношении высших корковых функций. Эта мозаичность касается самого качества дефицитарности корковых функций. Одни из них могут быть негрубо повреждены, другие — функционально неустойчивы вследствие нейродинамических расстройств, третьи — незрелы. Явления незрелости будут наиболее типичны для регуляторных систем, обладающих более длительным периодом развития. В одних случаях незрелость регуляторных систем будет определять специфическое замедление темпа эмоционального развития (органический инфантилизм), в других — более касаться регуляции интеллектуальной деятельности (целенаправленности, программирования, контроля). Таким образом, основной координатой недоразвития будет координата «снизу вверх». В нарушениях межфункциональных связей прежде всего привлекает внимание их неустойчивость, явления регресса, возникающие при истощении. Наблюдается также специфическое нарушение речи. Если при олигофрении речь страдает на уровне отдельного слова, то у детей с задержкой психического развития — на уровне построения фразы. При этом основные трудности возникают не на уровне ситуативной, разговорной речи, а при ее использовании в интеллектуальном процессе.

Разграничения с другими категориями отклоняющегося развития. В первую очередь необходимо тщательное разграничение с вариантами *тотального недоразвития легкой степени* (особенно в младшем дошкольном возрасте). Собственные наблюдения показывают, что дети с легкой неспецифической умственной отсталостью выглядят хотя и менее симпатичными, но более здоровыми, чем дети с парциальной недостаточностью смешанного типа. Кроме того, они более адаптированы, эмоционально устойчивы, демонстрируют более стабильные операциональные характеристики. Все это часто приводит к характерным диагностическим ошибкам, когда детям,

которые будут не в состоянии эффективно обучаться по общеобразовательной программе и будут развиваться со все меньшей позитивной динамикой (речь идет о детях с тотальным недоразвитием), выставляется диагноз «выраженная задержка психического развития». А детям со смешанной парциальной недостаточностью может быть поставлен диагноз «легкая умственная отсталость», в то время как они обладают большим ресурсом и способны удержаться и даже быть довольно успешными в школе VII вида.

Необходимо также проводить разграничения со специфической задержкой речевого развития (*несформированностью вербальнологического компонента познавательной деятельности*). Чаще всего подобные разграничения необходимы до возраста 5 лет. В дальнейшем эти два близких варианта имеют тенденцию «к расхождению» и подобную дифференциальную диагностику проводить легче.

Следует разграничивать описываемый вариант парциальной недостаточности с *вариантом неравномерного задержанного развития (дисгармоническим инфантилизмом)*, сопряженным с близким к возрастной норме интеллектуальным развитием. Это необходимо делать в ситуации, когда в жалобах родителей на первое место выходят поведенческие нарушения, которые могут маскировать дисгармонический инфантилизм.

Также важно не путать этот вариант парциальной недостаточности с негрубыми *вариантами искаженного развития преимущественно аффективно-эмоциональной сферы* (особенно с четвертой, а иногда и с третьей группой, по О.С. Никольской). В последних случаях из-за специфических поведенческих нарушений сложно определить истинный уровень сформированности познавательной деятельности, в первую очередь ее регуляторного компонента, что приводит к недооценке интеллектуальных возможностей ребенка и диагностическим ошибкам.

Психологическая коррекция. Из специальных видов помощи следует отметить в первую очередь формирование произвольного компонента деятельности, включая различные варианты психомоторной коррекции, кинезотерапевтическую работу, а лучше всего комплексы лечебной физкультуры. Лишь после этого (если, конечно, позволяет время) можно начать работу по формированию речи (логопедическая коррекция) и формированию пространственно-временных представлений (программа формирования пространственных представлений – *Семаго Н.Я.*, 2007): основы развития когнитивной, познавательной деятельности в целом. Такая нагрузка на ребенка возможна лишь при условии согласованности работы всех специалистов.

В школьном возрасте имеет смысл применять интегрированный вариант коррекционной работы (психологическая и логопедическая коррекция, при необходимости помощь дефектолога, репетиторов). Можно включать в коррекционные технологии и элементы психотерапии, поскольку занятия по всем направлениям, с разными специалистами часто оказываются для ребенка непомерной нагрузкой. В сложных случаях дети, как правило, нуждаются в сопровождении семейного психотерапевта либо психолога.

Образовательный маршрут и комплексное сопровождение ребенка. Определить адекватный образовательный маршрут для этой категории детей так же сложно, как и разграничить с близкими по характеру вариантами отклоняющегося развития. Негативно влияет на ситуацию широко распространенный миф о том, что дети с ЗПР (в том числе и церебрально-органического генеза) в большинстве случаев способны учиться в общеобразовательной школе, особенно с помощью логопедов и дефектологов. Часто при этом даже не уточняется, какая имеется в виду форма ЗПР. Ну, если уж не массовая школа, то по крайней мере школа VII вида, и то желательно лишь на начальной ступени!

При этом забывают, что школа VII вида лицензирована и осуществляет ту же общеобразовательную программу, что и массовая школа.

Но ведь еще К.С. Лебединская, которая строго разделяла различные варианты ЗПР, считала, что «...примерно половина этих детей <детей с ЗПР. – М.С.> после обучения в начальных классах специальной школы <речь идет о школе VII вида, тогда именовавшейся «школа для детей с ЗПР». – М.С.> может быть переведена в IV класс массовой общеобразовательной школы. Остальная же часть учащихся должна продолжать обучение в специальных условиях данных школ» (*Лебединская*, 1982, с. 7). При этом подразумевалось не только «некоторое увеличение сроков прохождения программы», но и поддерживающая медикаментозная терапия, а также специальные формы и методы обучения.

«Диагноз стойкой задержки психического развития церебральноорганического генеза: органического инфантилизма и ЗПР с преимущественно недостаточностью познавательной деятельности служит основным клиническим показанием для направления ребенка в специальную школу». Легко заметить, что в последней цитате речь идет именно о детях, относимых нами к парциальной недостаточности смешанного типа.

Также возможно и интегрированное (инклюзивное) обучение в рамках массового образования. Но только если для этого будут созданы все необходимые условия: адаптация программного материала, адекватные формы, методы, технологии, соответствующие возможностям ребенка на любом этапе его развития, в любом возрасте. И что самое главное – неукоснительно выполняемое родителями медикаментозное лечение. Другим не менее важным условием

должна быть ранняя профессионализация и получение доступной профессии для адекватной социально-трудовой адаптации после окончания школы.

Отметим, что дети с этим вариантом парциальной недостаточности часто нуждаются в организации индивидуального обучения (в первую очередь в рамках школы VII вида).

Следует признать, что для детей с выраженной недостаточностью этого типа (фактически пограничной с тотальным недоразвитием) наиболее адекватным и эффективным будет обучение по программе школы VIII вида хотя бы потому, что, помимо образовательного компонента, эта программа дает профессионально-трудовую подготовку, что обеспечивает достаточную социально-трудовую адаптацию. Этого нет в школе VII вида. Но именно в социально-трудовой адаптации нуждается эта категория детей.

Касаясь особенностей проведения комплекса коррекционных мероприятий, особое внимание следует обратить на работу по повышению общего уровня активности и продуктивной работоспособности, что должно предшествовать началу собственно психолого-педагогической коррекции. Здесь чаще всего необходима помощь не только врача-невропатолога, но и педиатра, гомеопата, назначение неспецифической витаминотерапии, общеукрепляющих и режимных мероприятий, разумная дозировка нагрузок, занятия ЛФК и т. п. Трудно себе представить, что без этих мер, только нагружая ребенка дополнительными коррекционными занятиями, пусть даже в игровой или двигательной форме, мы сможем помочь ему преодолеть имеющиеся трудности (особенно учитывая личностное отношение этих детей к собственной неутешности).

Врачебное сопровождение (педиатра, невролога, психиатра) особенно важно в младшем и среднем дошкольном возрасте. Помимо психолога, в образовательном процессе чрезвычайно важна роль учителя-дефектолога, логопеда, а при неблагоприятной семейной ситуации – социального педагога и социального работника. В крайних случаях, когда складывается такая ситуация, что, хотя семья в целом и ориентирована на поддержку и длительную работу с ребенком, но не имеет психических ресурсов для этого, имеются трудности внутрисемейного взаимодействия, необходимо сопровождение семьи семейным психотерапевтом.

9. Вопросы по теме занятия

1. Общая характеристика и критерием выделения задержанного психического развития

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. Классификации задержанного психического развития

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. Типичные особенности раннего развития детей с задержкой

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. Внешний вид, специфика поведения детей с ЗПР

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. Неврологические и соматические особенности

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ПОД ТЕРМИНОМ «ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ» ПОНИМАЕТСЯ:

- 1) состояние общего тотального недоразвития психики в результате наследственной обусловленности, либо внутриутробного поражения головного мозга;
- 2) развитие психики ребенка с прижизненным повреждением мозговых структур;
- 3) замедление темпа развития психики ребенка, которое выражается в недостаточности общего запаса знаний, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в инструментальной деятельности;
- 4) нарушение психического развития, сопровождающееся дефицитом социальных взаимодействий, затруднением взаимного контакта при общении с другими людьми, повторяющимися действиями и ограничением интересов;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. К ТИПАМ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ОТНОСЯТ:

- 1) дебильность;
- 2) психологический инфантилизм;
- 3) невропатия;
- 4) педагогическая запущенность;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. ПРИ ЗПР СОМАТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) личностное расстройство;
- 2) стойкая астения;
- 3) расстройство памяти;
- 4) нарушение речи;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. СОСТОЯНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СЛАБОСТИ, БЫСТРОЙ ИСТОЩАЕМОСТИ, УТОМЛЕНИЯ ОТ ЛЮБОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НЕСПОСОБНОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОМУ НАПРЯЖЕНИЮ:

- 1) церебростенический синдром;
- 2) педагогическая запущенность;
- 3) психический инфантилизм;
- 4) дебильность;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. ВИДАМИ ЗПР ПО К.С.ЛЕБЕДИНСКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) ЗПР конституционального, соматогенного и психогенного происхождения;
- 2) ЗПР конституционального и психогенного происхождения;
- 3) ЗПР конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения;
- 4) ЗПР конституционального, психогенного, церебрально-органического происхождения;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Сухарева во 2 томе «Клинических лекций по психиатрии детского возраста» (1959) подробно описывает следующие нарушения: • задержка темпа умственного развития, обусловленная неблагоприятными условиями воспитания и обучения или патологией поведения; • _____

_____ • различные формы общего инфантилизма, определяющие нарушения познавательной деятельности: гармонический инфантилизм (первый вариант); дисгармонический инфантилизм (второй вариант); • _____

Вопрос 1: Допишите;

- 1) интеллектуальные расстройства при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями; инфантилизм на фоне резидуальной церебральной недостаточности;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. Приведем часто встречающиеся фенотипические варианты внешних особенностей, характерные в основном для детей дошкольного возраста: • Невысокий уровень физического развития. При этом рост снижен (1) _____ веса. Сниженный тургор тканей («рыхлость»), пастозность, бледность. Лицо отечное, одутловатое, приоткрытый рот, ринолалия. Этот тип ближе всего к описанному русскими педиатрами «лимфатико-гиперпластическому диатезу» или «кальциевому» типу в гомеопатии (calcareo carbonica). Характерно увеличение (2) _____, глоточных и небных миндалин. • Низкий вес и рост (но вес (3) _____ более, чем рост), тонкие руки и ноги, нарушение осанки, деформация (4) _____ (обычно вальгусная). Сероватый цвет лица, усилен сосудистый рисунок черепа, синяки под глазами. Часто сухая шелушащаяся кожа, кариес молочных зубов. • Крупный, но при этом (5) _____. Прохладные кисти и стопы, мраморный рисунок кожи на руках и ногах, низкий тургор тканей (рыхлость), склонный к полноте. Признаки «микрэндокринных» нарушений: (6) _____ (раннее или позднее), специфика распределения жирового слоя, склонность к ожирению, гипертрихоз, склонность к задержке жидкости и т. п.

Вопрос 1: Вставьте пропущенные слова;

- 1) (1) - «больше»; (2) - «лимфатических узлов»; (3) - «снижен»; (4) - «голеней и стоп»; (5) - «физически слабый», (6) - «нарушения полового созревания»;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

12. Примерная тематика НИРС по теме

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- дополнительная:

Неретина, Т. Г. [Специальная педагогика и коррекционная психология](#) : учеб.-метод. комплекс / Т. Г. Неретина. - 4-е изд., стер. - М. : Флинта, 2019. - 376 с. - Текст : электронный.

Мандель, Б. Р. [Специальная \(коррекционная\) психология](#) : учебное пособие / Б. Р. Мандель. - 2-е изд., стер. - М. : Флинта, 2020. - 342 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 15. Психическое недоразвитие. (Компетенции: УК-5.2, УК-5.3)

2. Разновидность занятия: дискуссия

3. Методы обучения: Не указано

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о нарушениях психического развития в детском возрасте как о науке, понимания специфичности и уникальности психологического знания, закрепление базовых предметных категорий, позволяющее включаться в профессиональное сообщество, формирование профессиональной ментальности, становление профессиональной позиции

5. Цели обучения

- обучающийся должен знать , уметь , владеть

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний, умений	10.00	Тестирование
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Обсуждение докладов по теме занятия. Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа	15.00	Дискуссия по вопросам к теме и обсуждение рефератов. Решение ситуационных задач
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тестирование
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия, и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Прежде чем начать анализ одного из типов отклоняющегося развития – недостаточного развития, кратко повторим модель анализа и построенную с ее помощью типологию.



Рисунок 1

Каузальный уровень. Это наиболее глубинный уровень анализа. Исследование *нейробиологической организации* как одной из причин специфики развития не является в полном объеме задачей психолога, однако уметь использовать в анализе медицинские данные, получаемые врачами различных специализаций, может и должен любой психолог, который хочет обогатить свой опыт и стать настоящим профессионалом. Согласно современным исследованиям, *патология практически любой системы* организма ребенка (эндокринной, соединительнотканной и т. п., а не только центральной нервной системы) *может стать первопричиной проблем и специфики психического развития.*

Особое внимание в структуре каузального уровня должно быть уделено оценке *пространственно-функциональной организации мозговых систем*, в частности, становлению специализации полушарий мозга и прогрессирующей латерализации, формированию внутримозговых взаимодействий. Очевидно, что она в определенной степени связана с нейробиологической организацией и находится в зависимости от нее – в первую очередь от состояния центральной нервной системы (ЦНС).

На практике часто возникает необходимость анализа роли третьего компонента этого уровня – *социальных условий* развития в общей структуре первопричин психического дизонтогенеза. Мы говорим не только о проблемах педагогической или микросоциальной запущенности, внутрисемейной ситуации, межличностных отношений, но и о проблемах двуязычия (или полилингвизма), этнических различиях в условиях вынужденного переселения, внутренней и внешней миграции и других социальных процессах, включая техногенные катастрофы. Сюда же следует отнести и климатогеографические условия, в которых находится ребенок.

Уровень базовой структурной организации психического

Регуляторное обеспечение психической активности, ментальные структуры и аффективную организацию можно анализировать через наблюдаемые на феноменологическом уровне проявления *регуляции, пространственно-временных представлений и эмоционально-поведенческих актов.*

В свою очередь, каждый из этих компонентов может быть представлен как сложная многоуровневая система, которая планомерно разворачивается (формируется и преобразовывается) в процессе развития ребенка. Формирование каждой из этих структур в норме происходит синхронно и взаимозависимо со структурами двух других компонентов. Причем в случае условно-нормативного развития изменения структурной системы происходят

в соответствии с постулатом структурной гармонии и с определенными закономерностями, в том числе и математическими.

Феноменологический уровень анализа

Феноменологически развитие можно анализировать по трем основным сферам: регуляторно-волевой, когнитивной и аффективно-эмоциональной. Их взаимодействие определяет весь спектр познавательных (в том числе речевых) и поведенческих актов, рефлексивных и личностных проявлений.

Использование понятия «отклоняющееся развитие» требует учета того, «что отклоняется» и от «чего отклоняется» – то есть соотнесения с показателями условно-нормативного развития, следовательно, должно быть определено и понятие «нормативное».

В настоящее время есть разные определения понятия «норма».

Статистическая норма определяется как уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы людей того же возрастного диапазона, пола, культуры и т. п.

В основе концепции *функциональной нормы* лежит представление о неповторимости пути развития каждого человека и о том, что любое отклонение следует рассматривать только в сопоставлении с индивидуальной направленностью развития этого человека (Основы специальной психологии, 2002).

Можно говорить и о некоей *идеальной норме* – оптимальном развитии личности, реализуемом в оптимальных для нее социокультурных условиях. Идеальная норма служит исключительно целям теоретического описания психического развития и вряд ли может встретиться в реальной практике.

Наиболее адекватным нам кажется понятие «социально-психологический норматив» (СПН), разработанное в школе К.М. Гуревича.

□ Социально-психологический норматив можно определить как *«систему требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов. <...> Требования, составляющие содержание СПН <...> являются идеальной моделью требований социальной общности к личности. Такие требования <...> закреплены в виде правил, норм, предписаний <...> Они присутствуют в образовательных программах, в профессиональных и квалификационных характеристиках, общественном мнении учителей, воспитателей, родителей. Такие нормативы историчны, они меняются вместе с развитием общества»* (Психологическая диагностика, 2000, с. 217-218).

Исходя из этого, понятие «отклоняющееся развитие» можно сформулировать следующим образом:

□ *Отклоняющееся развитие – это выход психического развития в целом или его отдельных системообразующих компонентов, (структур, функциональных систем) за пределы социально-психологического норматива (условно-нормативного развития), определяемого для конкретной образовательной, социокультурной, национальной/этнической ситуации вне зависимости от знака отклонения (опережение или запаздывание).*

Характер и степень сформированности уровневых компонентов базовой структурной организации психического (регуляции психической активности, ментальных структур и аффективной организации) – основной дифференциально-диагностический критерий разграничения категорий отклоняющегося развития.

Существуют и другие критерии:

- Специфика *раннего развития ребенка*, особенности сформированности (синхронизация/десинхронизация структурных переходов) уровневой структуры регуляции, пространственно-временных представлений и феноменологии, отражающей характер сформированности аффективной организации.
- Показатели *обучаемости, адекватности и критичности*, которые выступают как неспецифические критерии выделения типов, видов и вариантов отклоняющегося развития.

Подходы к классификации психических расстройств в детском возрасте

Классификация дизонтогенеза по Лебединскому

Классификация вариантов психического дизонтогенеза по Лебединскому (в основе лежат классификации дизонтогенеза Г.Е. Сухаревой и Каннера) дифференцирует варианты дизонтогенеза исходя из основного качества нарушения развития. Клинико-психологические данные показывают, что при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза, что позволяет рассматривать отдельные варианты

дизонтогенеза не как самостоятельные, независимые образования, а, скорее, как синдромы аномального развития, которые нередко могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего.

Недоразвитие

Касается особенностей психики, связанных либо с врожденными дефектами, либо с приобретенными в самом раннем детстве (натальный и постнатальный период)

Большинство детей с недоразвитием - олигофрены. Это лица, которые не могут достичь полноценного уровня развития, приобрести большинство профессий. Их социальная адаптация сильно затруднена. Основная особенность - их можно обучить, но до какого-то предела, перейти который принципиально нельзя.

Задержки психического развития

Для психического дизонтогенеза по типу задержанного развития характерно замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах.

Дети с ЗПР по тестам могут давать те же показатели, что и олигофрены. Однако, ЗПР - временная задержка уровня психического развития (интеллектуального, коммуникативно-мотивационного и др.), связанная с действующими прижизненно факторами, обусловившими эту задержку. Поэтому, в отличие от недоразвития, ЗПР может быть компенсирована.

Искаженное развитие

При искаженном развитии наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований.

Не связано с неполноценностью интеллектуального развития. Один из распространенных вариантов - ранний детский аутизм (РДА).

Существует ряд других видов искаженного развития, например, шизоидное. Искаженное развитие чаще свойственно ряду наследственных заболеваний.

Дефицитарное развитие

В отношении патологического формирования личности у детей с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, а также хроническими соматическими заболеваниями, при которых дефицитарность в сенсорной, моторной, соматической сферах обуславливает явления депривации и нарушения эмоциональной сферы), связанное с тяжелыми нарушениями (грубым недоразвитием либо повреждением) отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, а также рядом инвалидизирующих хронических соматических заболеваний.

Дисгармоническое развитие

Дисгармоническое развитие по своей структуре в определенной мере напоминает искаженное развитие. Это сходство состоит в сочетании явлений ретардации одних систем с парциальной акселерацией других.

Отличие дисгармонического развития от искаженного развития состоит в том, что основой этого вида дизонтогенеза является не текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные виды искаженных межфункциональных связей, а врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере».

Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий, в первую очередь конституциональных, большей частью наследственно обусловленных, а также так называемые патологические формирования личности в результате неправильных условий воспитания.

Поврежденное развитие

Поврежденное развитие имеет ту же этиологию (наследственные заболевания; внутриутробные, натальные и постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. Основное отличие патогенеза связано с более поздним (после 2-3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована и их недостаточность проявляется в признаках повреждения.

Характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция.

Н.Я. Семаго в своих работах выделяет 4 типа отклоняющегося развития: недостаточное, асинхронное, поврежденное и дефицитное, которые, в свою очередь, разделяются на подгруппы.

Для **асинхронного развития** характерна специфика сформированности в первую очередь структуры аффективной организации и соответствующих феноменологических проявлений, а также произвольной регуляции, определяемой стоящим за ней регуляторным обеспечением психической активности. Любой поведенческий акт или аффективное проявление существует в пространственно-временном континууме, однако сформированность пространственно-временных представлений, отражающих состояние ментальных структур субъекта, носит в этом случае второстепенный характер.

Наличие резких изменений психического развития в результате каких-либо внешних воздействий, приводящих либо к органическим повреждениям, либо к психической травме, говорит нам о психическом развитии по типу поврежденного, соответственно выделяется группа детей с **поврежденным развитием**. В этом случае важно проанализировать историю развития (анамнез) и объективные данные, касающиеся времени возникновения повреждений. Помимо анализа феноменологической специфики и особенностей сформированности компонентов базовой структурной организации, важными факторами являются время возникновения и характер поражения.

При сочетанной недостаточности анализаторных и опорнодвигательных систем, изначально существующей или возникшей в раннем возрасте и приводящей к специфичной дефицитности базовых структур, мы относим детей к многовариантной типологической группе **дефицитного развития**.

Сегодня мы более подробно остановимся на **недостаточном развитии**.

К этой типологической группе относятся виды отклоняющегося развития, для которых специфичной является именно *недостаточность* развития (по отношению к средненормативному) всех или отдельных психических процессов и функций.

Несформированное регуляторное обеспечение психической активности и ментальные структуры, то есть первоочередной является проблема недоразвития познавательной деятельности. Аффективная организация в данном случае второстепенна.

Психическое недоразвитие (Тотальное недоразвитие, вариант недостаточного развития в работах Семаго).

Синдром тотальной ретардации. Наиболее типичной формой психического недоразвития является умственная отсталость (олигофрения).

Умственная отсталость — это сборная группа различных по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям непрогрессирующих патологических состояний, основным признаком в которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до трех лет) общего психического недоразвития, с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей.

Тотальное недоразвитие

К тотальному недоразвитию мы относим те варианты отклоняющегося развития, для которых характерна выраженная недостаточная сформированность практически всех психических процессов и функций и самой базовой структурной организации психического, определяющих психическое развитие ребенка. В первую очередь недостаточность распространяется на показатели развития познавательной деятельности и ее базовых структурных компонентов. Но и остальные компоненты психического развития (моторика, аффективно-эмоциональная сфера, личностные особенности) также сформированы недостаточно. Не соответствует нормативному и такой показатель, как обучаемость. При тотальной недостаточности градиент психического развития никогда не сможет даже приблизиться к нормативным показателям (как, например, в ситуации задержанного развития). И динамика психического развития может быть оценена как тотально недостаточная, никоим образом не соответствующая условно-нормативной. Именно такая ситуация с психологической точки зрения полностью оправдывает содержание термина «*тотальное*».

Причины умственной отсталости

- 1) хромосомно-генетические;
- 2) внутрисекреторно-гормональные (нарушения эндокринной системы);
- 3) несовместимость состава крови матери и плода по резус- фактору;

- 4) гипоксические (кислородная недостаточность);
- 5) токсические (нарушение обмена веществ, употребление вредных веществ: алкоголь, наркотики, некоторые лекарственные препараты);
- 6) воспалительные (энцефалит и менингит при краснухе, токсо-плазмоз — при заражении плода паразитами в организме матери и других инфекционных заболеваниях матери);
- 7) травматические (несчастные случаи, сдавливание мозга во время родов с кровоизлияниями);
- 8) дегенеративные;
- 9) внутричерепные новообразования (опухоли).

Подходы к классификации умственной отсталости

Историческая справка

Попытки систематизации состояний психического недоразвития, разграничения врожденного или приобретенного слабоумия были предприняты отечественной наукой в первые годы XX столетия. Тогда же была введена градация недоразвития психики по степени тяжести и характеристика каждой из степеней (Корсаков, 1901). Отечественные исследователи использовали и зарубежные научные теории. Опираясь на опыт зарубежных коллег (Айрленд, Эскироль, Пинель, Солье, Вуазен), Корсаков выделял идиотизм, тупоумие, а также «слабые признаки умственной недостаточности» (цит. По Моргачева, 2003, с. 9). Понятие тотальности задержки психического развития, связанной с олигофренией (от греч. *oligos* – малый и *phren* – ум; термин введен Э. Крепелином), впервые было озвучено им же в 1915 году. Согласно этим представлениям, недоразвитие распространяется на всю иерархию психических процессов, в первую очередь процессы, определяющие познавательную деятельность. Именно тогда понятия «олигофрения» и «умственная отсталость» фактически стали синонимами [14]. В 1920-е годы укрепляется точка зрения, что олигофрению (врожденную тотальную задержку развития, психическую недостаточность) необходимо разграничивать с понятием «деменция», «слабоумие» (приобретенной недостаточностью), их терминологическое смешение недопустимо, о чем С.С.Корсаков говорил еще в начале века. Тогда же были получены доказательства, что олигофрения, помимо интеллектуального недоразвития, представляет собой недоразвитие всего организма в целом (М.О. Гуревич, Н.И. Озерецкий), то есть подтверждался вывод о тотальности данного типа психического недоразвития.

В целом можно выделить классификации, основанные на степени тяжести интеллектуального дефекта, морфологические классификации, созданные на основе сочетания психологических и клинических признаков, этиологические, этиопатогенетические и клиничко-физиологические классификации, а также созданные для целей социального и педагогического прогноза (Исаев, 2007).

В сфере образовательной деятельности наибольшую распространенность получил подход, основанный на степени тяжести нарушения интеллекта.

Еще Ф. Пинель (Ph. Pinel, 1806) выделял четыре вида идиотии. Дж. Эскироль (J. Esquirol, 1838) создал первую классификацию, базирующуюся на степени выраженности интеллектуального дефекта, разделив его на идиотию, имбецильность и умственную отсталость. В дальнейшем это направление развивалось в контексте все большей дифференциации степеней интеллектуального недоразвития и продуктивности социальной адаптации. Так, в рамках официально признанной в нашей стране МКБ-10 предлагается четыре степени недостаточности, а в определении Американской ассоциации специалистов по психической отсталости вместо традиционных степеней умственной отсталости предлагаются периодическая, ограниченная, расширенная и глубокая формы, которые устанавливаются на основании изучения адаптивных навыков (цит. По Исаев, 2007, с. 110). В рамках предсказания способности к обучению и адаптации такое направление развития систематики присутствует и в работах отечественных авторов, например, Е.Л. Иден-баум (Шепко) (2002, 2008).

В МКБ-10 умственная отсталость выделена в отдельную ось (ось III) и описана в главе, касающейся психических и поведенческих расстройств, в рубрике F7 «Умственная отсталость» с подразделением по тяжести на легкую (F70), умеренную (F71), тяжелую (F72), глубокую (F73), другую (F78), (F79). При этом предусмотрено введение четвертого знака, обозначающего тяжесть поведенческих расстройств: минимальные поведенческие нарушения (0), значительные (1), другие (8), не уточнены (9). Если известна этиология умственной отсталости, используется дополнительный код, обозначающий соответствующее заболевание. Понятием «другая умственная отсталость» (F78) обозначают состояния психического недоразвития, осложненные другими нарушениями развития (нарушения зрения, слуха, речи, др.) и инвалидизирующими соматическими заболеваниями.

- F70 Умственная отсталость легкой степени

- Ориентировочный IQ составляет 50-69 (уровень 9-12 лет в зрелом возрасте). Вероятны некоторые трудности обучения в школе. Большинство в состоянии работать, поддерживать нормальные социальные отношения в зрелом возрасте.
- Включены: слабоумие, умственная субнормальность умеренной степени
- F71 Умственная отсталость умеренная
- Ориентировочный IQ колеблется от 35 до 49 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 6-9 лет). Вероятно заметное отставание в развитии с детства, но большинство может обучаться и достичь определенной степени независимости в самообслуживании, приобрести адекватные коммуникационные и учебные навыки. Взрослые будут нуждаться в разных видах поддержки в быту и на работе.
- Включена: умственная субнормальность средней тяжести
- F72 Умственная отсталость тяжелая
- Ориентировочный IQ колеблется от 20 до 34 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 3-6 лет). Вероятна необходимость постоянной поддержки.
- Включена: резко выраженная умственная субнормальность
- F73 Умственная отсталость глубокая
- Ориентировочный IQ ниже 20 (в зрелом возрасте умственное развитие ниже развития в трехлетнем возрасте). Результатом является тяжелое ограничение самообслуживания, коммуникабельности и подвижности, а также повышенная сексуальность.
- Включена: глубокая умственная субнормальность
- F78 Другие формы умственной отсталости
- F79 Умственная отсталость неуточненная

Классификация В. В. Ковалёва по этиопатогенетическим характеристикам

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

Классификация умственной отсталости по глубине дефекта

1. *Идиотия* - самая глубокая степень умственной отсталости. Характеризуется сильным недоразвитием моторики; координация движений резко нарушена. Развитие речи часто не идет дальше произнесения отдельных звуков или искаженного произнесения ограниченного количества слов. Осмысление окружающего недоступно, навыки самообслуживания отсутствуют. Такие дети нуждаются в постоянном уходе и наблюдении и направляются в учреждения социального обеспечения.
2. *Имбецильность* - в менее резкой форме, чем при идиотии, но достаточно отчетливо выявленные нарушения психического и физического развития. Такие дети овладевают элементами речи, но запас слов у них мал. Произношение неправильно. При правильном воспитании им удается привить элементарные навыки труда и самообслуживания. Однако они неспособны к усвоению программы даже начальной школы и нуждаются в опеке.
3. *Дебильность* - наиболее легкая степень умственной отсталости (по сравнению с идиотией и имбецильностью). Дети с олигофренией в степени дебильности составляют основную массу учащихся вспомогательных школ. Владеть речью, двигательные нарушения у них компенсируются настолько, что в дальнейшем это не мешает им в трудовой деятельности. Способны овладеть программой вспомогательной школы (уровень 4-го класса массовой школы), овладеть несложной профессией и впоследствии вести самостоятельную жизнь.

Классификация исходя из патогенеза (М. С. Певзнер)

1. Неосложненная форма умственной отсталости. При данной форме дети характеризуются уравновешенностью основных нервных процессов. Отклонения в познавательной деятельности не сопровождаются грубыми нарушениями анализаторов. Эмоционально-волевая сфера относительно сохранна. Дети способны к целенаправленной деятельности, если задание понятно и доступно. Их поведение в привычной ситуации не имеет резких отклонений.
2. Умственная отсталость в сочетании с нарушениями нейродинамики. Дети характеризуются неустойчивостью эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности, что отчетливо проявляется в особенностях поведения и снижении работоспособности.
3. Умственная отсталость в сочетании с нарушением функций анализаторов. При данной форме диффузное поражение коры сочетается с более глубокими поражениями той или иной мозговой системы. Эти дети дополнительно имеют локальные дефекты речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата.
4. Умственная отсталость в сочетании с психопатоподобным поведением. При данной форме у детей отмечается

резкое нарушение эмоционально-волевой сферы. На первом плане у них оказывается недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и окружающих людей, расторможенность влечений. Ребенок склонен к неоправданным аффектам.

5. Умственная отсталость с выраженной лобной недостаточностью. При олигофрении данной формы дети вялы, безынициативны, беспомощны. Их речь многословна, бессодержательна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленности, активности, слабо учитывают ситуацию. Существует много классификаций умственной отсталости по клинко-психологической структуре, поскольку разнообразие форм проявлений умственной отсталости чрезвычайно велико, и каждый автор при создании классификации опирался на свой клинко-психолого-педагогический анализ (Г. Е. Сухарева, Д.Н. Исаев и др.).

- Г. Е. Сухарева выделяет 3 формы олигофрении.

1. Неосложненные формы олигофрении чаще связаны с генетической патологией. В клинко-психологической картине дефекта имеются лишь вышеописанные черты недоразвития.

2. Осложненные формы олигофрении, при которых психическое недоразвитие осложнено энцефалопатическими симптомами повреждения нервной системы. Осложненные формы чаще имеют натальную и постнатальную (в первые 2-3 года жизни) этиологию. Энцефалопатические расстройства, перечисленные ниже, усугубляют психическое недоразвитие.

- Церебрастенические симптомы (повышенная утомляемость и психическая истощаемость) не позволяют приобрести тот запас знаний, который является потенциально доступным для возможностей мышления.
- Неврозоподобные синдромы (ранимость, боязливость и др.) могут резко тормозить активность, самостоятельность, общение с окружающими.
- Психопатоподобные расстройства (аффективная возбудимость, расторможенность влечений) грубо дезорганизуют работоспособность, деятельность и поведение в целом.
- Эпилептиформные расстройства (судорожные припадки, так называемые эпилептические эквиваленты) ухудшают психическое состояние и интеллектуальную работоспособность ребенка, являются формальным противопоказанием для его обучения в школе.
- Апатико-адинамические расстройства (медлительность, вялость, слабость побуждения к деятельности) наиболее грубо усугубляют умственное недоразвитие.

3. Атипичные формы олигофрении отличаются тем, что при них нарушаются основные закономерности умственной отсталости. При олигофрении, обусловленной гидроцефалией, частично нарушается фактор тотальности поражения, так как в этом случае отмечается хорошая механическая память. Закон иерархичности недоразвития нарушается при умственной отсталости, обусловленной недоразвитием щитовидной железы (на первый план выходит резкая слабость побуждений); при лобной олигофрении (на первый план выступает грубое нарушение целенаправленности, превалирующей по своей массивности над тяжестью недоразвития логического мышления); при грубом западении какой-либо отдельной корковой функции (памяти, пространственного гнозиса, речи и т. д.), связанном с локальным повреждением. Так, при олигофрении, обусловленной ранним травматическим поражением мозга, нарушения памяти выражены значительно больше, чем недостаточность других высших психических функций [Сухарева, 1965].

Классификация Н.Я. Семаго, О.Ю. Чирковой

Авторы рассматривают умственную отсталость (тотальное недоразвитие) как вариант недостаточного развития и выделяют 3 группы данного нарушения

Простой (уравновешенный) вариант тотального недоразвития

Для этого варианта тотального недоразвития наиболее характерна относительная уравновешенность в поведении ребенка, сочетающаяся с непосредственностью реакций, свойственной детям значительно более младшего возраста, или, наоборот, «сниженностью», приглушенностью ориентировочного реагирования. Общие характеристики темпа и работоспособности при работе с доступными для них заданиями (как правило, наглядно-действенного характера) могут иногда приближаться к нормативным, но самоконтроль деятельности малодоступен, а критичность к результатам собственной деятельности выражено снижена. Ребенок, как правило, находится в благодушном или нейтральном настроении. В целом деятельность носит манипулятивный, подражательный характер, с опорой на внешний рисунок, а не на смысловой контекст деятельности. Дети, как правило, зависимы, несамостоятельны, но и не злобны. Они весьма ориентированы на оценку другого человека и достаточно правильны в поведении. В силу не критичности притязания на успех могут быть завышены.

Одним из основных критериев простого неосложненного варианта можно считать поведение, «сбалансированное» с соответствующим уровнем развития познавательных функций. Развитие аффективно-эмоциональной и регуляторной сфер соответствует уровню когнитивного развития. То есть можно говорить об относительно гармоничном состоянии основных сфер.

В то же время на фоне утомления могут наблюдаться усиление регуляторной расторможенности, вначале элементы полевого поведения, а затем и выраженное полевое поведение, будет усиливаться некритичность и неадекватность. В отдельных случаях даже при таком варианте развития при истощении можно увидеть дисфорические проявления (злобность, агрессивное поведение и т. п.), аффективную возбудимость.

Аффективно-возбудимый вариант тотального недоразвития

Внутри аффективно-возбудимого варианта тотального недоразвития мы будем рассматривать подвариант с преимущественно регуляторными нарушениями по типу возбуждения (*возбудимая форма*) и с преимущественно аффективными нарушениями (*аффективная форма*). Первый аналогичен парциальной недостаточности регуляции, второй - дисгармоничному или искаженному развитию, но обе находятся внутри собственно тотального недоразвития психических функций.

Для обеих форм характерна выраженная импульсивность - достаточно грубые нарушения целенаправленности, самоконтроля, регуляции и организации своего поведения и деятельности в целом. Наблюдаются разной степени выраженности немотивированные перепады настроения (от эйфории к дисфории и наоборот). Дети быстро пресыщаются, на фоне пресыщения или истощения чаще всего усугубляются аффективные вспышки. Часто наблюдается расторможенность витальных влечений. В подростковом возрасте особенно ярко это проявляется в расторможенности пищевых и сексуальных влечений.

При одинаковом уровне актуального развития (степени выраженности тотального недоразвития) такие дети демонстрируют более низкие результаты выполнения заданий, чем дети с простым (уравновешенным) вариантом, в силу грубого недоразвития именно регуляторных функций, выступающих на первый план поведенческих проблем.

Тормозимо-инертный вариант тотального недоразвития

Спецификой детей с тормозимо-инертным вариантом тотального недоразвития является, помимо выраженных проблем формирования всех сторон психической деятельности, значительная вялость, пассивность, заторможенность, инертность, низкий уровень психической активности в целом (в редких случаях уровень психической активности бывает достаточным, а у некоторых детей достигает полной аспонтанности).

В рамках тормозимо-инертного варианта можно выделить *две патогенетически различные формы*:

- *тормозимую* (ригидную, аспонтанную, атоническую), связанную в первую очередь с несостоятельностью нейродинамических регуляторных механизмов;
- *аутоподобную*, связанную с аффективными нарушениями (доходящими в крайних случаях до искажений уровневой структуры аффективной организации, что фактически превращает эту форму в вариант расстройств аутистического спектра с выраженной интеллектуальной недостаточностью).

При *тормозимой форме* познавательная недостаточность осложняется прежде всего замедленностью и инертностью всех психических процессов. При *аутоподобной* на первый план выходит нарушение социальных коммуникаций. Сниженный уровень психического тонуса наблюдается в обоих случаях, но имеет различное происхождение (в первом случае он снижается за счет низкой эффективности процессов возбуждения, во втором - за счет низкого уровня аффективной тонизации).

Клинико-психологическая структура дефекта обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры как образования, наиболее сложного и наиболее поздно созревающего в онтогенезе.

Психическое недоразвитие (умственная отсталость).

Да и эти, казалось бы, фундаментальные положения начинают размываться под влиянием современных исследований и новых теоретико-методологических оснований анализа. Так, Д.Н. Исаев (1982, 2007) подчеркивает, что при умственной отсталости, тем более легких степеней, далеко не всегда имеет место тотальность и преимущественное недоразвитие фило- и онтогенетически наиболее молодых систем мозга. По его мнению, психическое недоразвитие может быть обусловлено преобладающим поражением более древних глубинных образований, которые препятствуют накоплению жизненного опыта и обучения. Тем самым справедливо ставится под сомнение абсолютный приоритет органического поражения непосредственно коры головного мозга.

Современные данные свидетельствуют о том, что представления о непрогредиентности состояния в связи с резидуальным характером повреждения мозгового субстрата также не абсолютны. Скорее следует говорить о балансе действия фактора развития, собственной активности ребенка, его ресурсных возможностей и постоянно присутствующего патологического фактора заболевания (или генетически детерминированного нарушения) как внешнего по отношению к психическому развитию ребенка (Сорокин, 2003).

Например, даже при таких вариантах безусловно прогрессирующей патологии, как болезни обмена веществ, прогрессирование поражения мозга (энцефалопатии) на протяжении отдельных временных периодов (различных для разных форм) может перекрываться онтогенетическим развитием психических и двигательных функций, и состояние ребенка может выглядеть как стабильное.

Общие особенности раннего развития

Тотальное недоразвитие часто является следствием глубоких нарушений не только ЦНС, но и функционирования всего организма, и эти нарушения начинают проявляться уже на самых ранних этапах развития (внутриутробный период, роды, первые месяцы жизни). В эти же периоды все нарушения проявляются и в соматической сфере. В целом течение пренатального и неонатального периодов в значительной степени определяется причиной дизонтогенеза (этиологическими факторами).

Осложненное течение беременности (тяжелые токсикозы, угрозы прерывания) считается характерным для хромосомных аномалий, однако этот признак нельзя считать специфичным. Более специфичен для хромосомных и генетических заболеваний отягощенный акушерский анамнез женщины (повторные выкидыши, мертворождения), что необходимо учитывать и при оценке истории психического развития (психологический анамнез).

Роды чаще всего протекают с осложнениями. Частота родовых травм, гипоксически-ишемической энцефалопатии новорожденных (обозначается аббревиатурами ГИЭН, НГИЭ, ПЭП и т. п.) значительно выше, чем в популяции. Рождение с низкой массой тела и низким ростом, признаками морфофункциональной незрелости – характерный признак многих хромосомных аномалий и ряда генетических синдромов. Кроме того, задержка внутриутробного развития (ЗВУР) может быть следствием практически любых экзогенных вредностей.

Достаточно часто осложнено течение неонатального периода: длительная желтуха (в результате иммунологического конфликта и даже без него), тяжелые гнойно-воспалительные заболевания (амфолиты, пневмонии, отиты и др.), нарушения дыхания, сосания, частые срыгивания, рвоты, отказ от пищи. Может отмечаться повышенная сонливость, слабый крик, снижение спонтанной активности или, наоборот, возбудимость, гиперчувствительность к внешним стимулам.

Первый год жизни также отличается соматическим неблагополучием. Сильнее и чаще, чем в популяции, выражены: проблемы с прибавкой веса (повышенная, сниженная или неустойчивая), нарушения аппетита, срыгивания (обильные и частые), рвоты, синдромы нарушения кишечного всасывания, расстройства стула, частые или тяжело протекающие инфекционные заболевания с гнойновоспалительными осложнениями, разнообразные поражения кожи.

Нередко на первом году жизни дети переносят операции по поводу врожденных пороков развития (грыжи, пороки сердца, почек и др.). Из неврологических нарушений характерны судороги, длительная выраженная мышечная гипотония (синдром «вялого ребенка»). Менее специфичны мышечная гипертония, гидроцефалия, внутричерепная гипертензия, косоглазие (чаще сходящееся).

У некоторых детей, преимущественно с неспецифической умственной отсталостью, первый год жизни протекает в соматическом плане относительно благополучно. В то же время, даже при ряде тяжелых (обменных и дегенеративных) заболеваний, наблюдается период соматического благополучия и нормального развития от нескольких месяцев до 1-1,5 лет.

В анамнестических сведениях, собранных у родителей, наиболее типичным оказывается наличие значительного количества признаков, отражающих неврологическое неблагополучие (чаще всего признаки раннего повреждения ЦНС), а также выраженное замедление сроков формирования всех психических функциональных систем первого – третьего годов жизни. Существенно замедлены темпы моторного развития – сроки, в которые ребенок садится, самостоятельно встает, начинает ходить, сроки, в которые ребенок начинает произвольно (то есть целенаправленно) регулировать свою двигательную активность. При этом отставание в моторном развитии может быть различным – от легких форм до грубых, однако во всех случаях оно будет обусловлено не первичным поражением двигательной системы, а именно недостаточностью интегративных форм нервно-психической деятельности.

Неврологические и соматические особенности

Чаще, чем при других вариантах дизонтогенеза, встречаются:

- врожденные пороки и аномалии развития внутренних органов, костно-мышечной системы, органов чувств;
- патология эндокринной, иммунной систем, нарушения обмена веществ (что может отражаться во внешнем облике ребенка);
- нарушения физического развития: очень низкий или очень высокий рост, диспропорциональное телосложение;

- характерны множественные внешние «дизморфии» (или «стигмы»): изменения формы и размеров черепа, ушей, глаз, рта, зубов, нижней челюсти, нёба, грудной клетки, кистей, стоп и т. д;
- неврологические нарушения (судороги, центральные расстройства движений, гидроцефальный синдром, синдром внутрочерепной гипертензии и др.);
- нарушения зрения и слуха;
- сочетание нескольких психопатологических синдромов (осложненные варианты тотального недоразвития).

Раннее моторное развитие при тотальной недостаточности психики характеризуется нарастающим («псевдопрогрессирующим») отставанием: чем старше ребенок, тем отставание заметнее. Очень ранний дебют моторной задержки наблюдается при нарушениях мышечного тонуса (особенно при гипотонии), например, при синдромах Дауна, Прадера-Вилли и др. При нормальном мышечном тонусе (или при незначительных его отклонениях) заметное отставание проявляется в развитии навыков, требующих сложной сенсомоторной интеграции (произвольный захват игрушки, координированное ползание, самостоятельная ходьба и т. д.). Отставание в развитии манипулятивных навыков обычно более существенно, чем в общей моторике, развитие движений кисти отстает заметнее всего (например, долго сохраняется ладонный захват предметов, поздно формируется указательный жест и т. д.). С первых месяцев жизни отмечается недостаточность фиксации и неустойчивость прослеживающих движений взора. Характерен «тусклый», безразличный, незаинтересованный взгляд.

К общим чертам двигательного развития у детей с тотальной недостаточностью, прослеживаемым в различных возрастных периодах, относятся:

- более слабое развитие мелкой моторики по сравнению с крупной (общей);
- недостаточность сенсомоторных координаций (в первую очередь координации руки и взора);
- недостаточная дифференцированность движений, наличие разного рода синкинезий, повышенная склонность к генерализации мышечного напряжения;
- недостаточный произвольный контроль движений (их направления, амплитуды, силы), трудности смены двигательных программ, невозможность (трудность) осуществления двух разных движений одновременно;
- дискоординированность сложных движений (не только мелких, но и крупных, таких как прыжки, бросание мяча и др.), недостаточный контроль позы;
- выраженные трудности освоения новых моторных навыков;
- длительное сохранение «ранних» автоматизмов (некоторые «оральные автоматизмы», непровольные хватательные движения).

Выраженность двигательных нарушений может быть различной, при этом она, как правило, коррелирует со степенью когнитивного дефицита.

Кроме общих, могут наблюдаться и специфические нарушения движения, отражающие патологию разных уровней моторного контроля (нарушения мышечного тонуса, равновесия, подкорковые гиперкинезы и т. д.). Подобные расстройства движений вплотную приближают тип тотального недоразвития к некоторым вариантам дефицитарного развития (дефицитарности опорно-двигательного аппарата), что иногда является причиной диагностических ошибок. При некоторых врожденных заболеваниях встречаются специфические моторные стереотипии или специфический рисунок движений (например, частые вытягивания языка, движения «механической куклы», «смехоподобные» вокализации при синдроме Ангельмана, покусывание губ при синдроме Корнелии де Ланге и др.).

К 9—12 месяцам становится очевидной бедность (скудный репертуар) мимики, а после года – жестов. Существенно задерживается появление указательного жеста.

На первом году наиболее отчетливо проявляется иерархичность дефекта. Наибольшим отставанием характеризуется развитие исследовательского поведения и игровой деятельности, наблюдается длительное сохранение самых ранних их форм (оральное обследование, «циркулярные реакции», непосредственное подражание) – до 4-5 лет и дольше.

Аналогично особенностям двигательного развития с возрастом наблюдается нарастание отставания в предречевом, а затем и речевом развитии, задерживается понимание речи взрослого. Гуление (при отсутствии бульбарных и псевдобульбарных расстройств) может появляться вовремя или с небольшой задержкой, при этом появление лепета отстает уже более значительно. Гуление и лепет отличаются однообразием (ограничение репертуара звуков и их сочетаний). Первые слова появляются после 15-18 месяцев, а фразы – обычно после 3-х лет.

Развитие речи относится к признакам, тесно связанным со спецификой нейробиологических нарушений, и в значительной степени определяется генетическими факторами. Для некоторых заболеваний характерно отставание речевого развития от общего уровня познавательного развития и наличие специфических речевых расстройств (дизартрия, заикание и т. п.) – например, для гистидинемии, синдрома Мартина-Белл. Для других синдромов характерен относительно высокий уровень развития речи (иногда даже какое-то время

превышающий общий уровень) - например, для синдрома Вильямса, синдрома Нунан[18].

Темповые характеристики деятельности, работоспособность.

Темп деятельности, как правило, замедленный, хотя может быть как условно-нормативным, так и быстрым, однако последнее часто наблюдается вследствие не критичности к результатам собственной деятельности. Нередко наблюдаются колебания темпа деятельности, как правило, не зависящие от сложности и характера предлагаемых заданий (и это отличает группу тотального недоразвития в целом от других вариантов недостаточного развития, в частности, парциальной несформированности различного типа). Работоспособность в целом может быть как сниженной

Характер деятельности (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль).

Деятельность ребенка может быть достаточно целенаправленной в том случае, если она доступна, а ее программирование и контроль осуществляются взрослым. В то же время собственный контроль и программирование деятельности малодоступны. Для такого ребенка характерна умеренно выраженная недостаточность регуляторного компонента деятельности в целом. Иногда ребенок с трудом работает даже под контролем взрослого, не удерживает задание, его алгоритм, не в состоянии сравнить полученный результат с требуемым. На фоне утомления такой ребенок начинает работать импульсивно, не ориентируясь порой на оценку и попытки контроля со стороны взрослого. В случаях выраженной глубины тотального недоразвития целенаправленность деятельности проявляется лишь при выполнении простейших заданий.

Адекватность ведения на бытовом уровне. Выраженность поведенческой неадекватности зависит от выраженности тотальности недоразвития.

Критичность ребенка как к ситуации в целом, так и к результатам своей деятельности чаще всего выражено снижена, в то же время ребенок может адекватно реагировать на похвалу или неодобрение (порицание) со стороны взрослых, то есть очевидна ориентация ребенка не на объективный результат выполнения того или иного задания, а скорее на реакцию взрослого.

Обучаемость новым видам деятельности также сильно снижена, затруднен перенос освоенных навыков на аналогичный материал, даже при его подаче в наглядно-действенной форме. Темп обучения значительно замедлен. Низкая обучаемость, как и недостаточная критичность и адекватность, характерна для всех вариантов тотального недоразвития. То есть в данном случае эти дополнительные критерии становятся специфичными.

Особенности сформированности познавательной деятельности

При данном варианте тотального недоразвития отмечается выраженная недостаточность (дефицитарность,) всех психических функций и процессов. Недостаточность отдельных звеньев и компонентов психической деятельности проявляется меньше, чем недоразвитие познавательной деятельности в целом. То есть при работе над теми или иными заданиями страдают в первую очередь наиболее сложные интегративные уровни когнитивной сферы, связанные с обобщением, анализом и синтезом. Это относится и к речи (включая смысловое и лексико-грамматическое оформление высказывания), мыслительной деятельности - обобщающие, категориальные и сериальные операции, образно- и вербально-логическая деятельность; различным видам памяти, внимания, слухового и зрительного гнозиса, конструктивного праксиса и т. п.

Значительно снижены как продуктивность, так и результативность выполнения заданий вербально-логического, перцептивно-логического плана, а также сложных действенно-логических заданий. Причем чем глубже степень тотального недоразвития, тем больше с возрастом ребенок отстает по всем параметрам когнитивного развития.

Существенно затруднен, а порой и недоступен подбор обобщающих понятий, слов по заданным признакам, классификация и т. п.

Игровая деятельность

У таких детей обычно носит манипулятивный характер. При этом ребенок может подражать взрослым во внешнем рисунке действий, однако она крайне непоследовательная, игровые действия хаотичны. Ребенок не принимает условности игры, в дошкольном возрасте мало или вообще не использует предметы в качестве игровых заместителей. Игра имеет не столько собственно сюжетную канву, сколько соблюдение формальных признаков того или иного действия (сюжетная обедненность). Отмечается также эмоциональная обедненность игры. При этом дети участвуют в общих играх, в различной степени не критичны к своей игровой несостоятельности, порой ведут себя неадекватно игровой ситуации. При легкой степени выраженности недоразвития игра может соответствовать по уровню игре детей более младшего возраста. В коллективных играх такой ребенок выполняет пассивную роль, нуждается в тщательной организации и планировании.

Особенности эмоционально-личностного развития.

Ребенок зависим, несамостоятелен, часто с признаками эмоциональной уплощенности. При этом незлобен, чаще благодушен, чем раздражен. Может быть несколько эйфоричен. Самооценка неадекватна, ориентирована на оценку другого человека, в том числе и другого ребенка. В силу снижения критичности притязания на успех неадекватны, могут быть завышены. В первую очередь страдают именно высшие мотивационные и эмоциональные компоненты личности ребенка в целом. В то же время в зависимости от профиля сформированности различных уровней аффективной организации (преимущественно речь идет об особенностях сформированности аффективной экспансии - 3-й уровень и эмоциональном контроле - 4-й уровень) чаще может наблюдаться экстрапунитивный вариант личностного развития, реже интропунитивный.

Особенности эмоционально-личностного развития. Как отмечалось выше, аффективная организация при разных формах тормозимо-инертного варианта может быть нарушена в различной степени, при этом внешние эмоциональные проявления достаточно схожи (и являются одним из признаков тормозимо-инертного варианта в целом). Детям не свойственны резкие перепады настроения. Фон настроения, как правило, ровный, безучастный, безразличный, эмоциональные реакции уплощены - результат низкого уровня как общей психической активности, так и собственно аффективного тонуса.

Для всех детей этого варианта (но в различной степени) характерны трудности социальных контактов, часто ребенок от них уклоняется. Контакты в большинстве случаев формальны. Ребенок склонен находиться рядом со взрослым или с другим ребенком, к которому привык и от которого зависим. Зависимость от взрослого заставляет ребенка постоянно ориентироваться на его реакции.

Эмоциональные реакции, как и другие психические проявления, пассивны и инертны. Они возникают, как правило, при попытках оторвать ребенка от привычного занятия, от близкого взрослого, навязать ему контакт. Типичной реакцией является длительный плач или упорное жалобное хныканье. Успокоить ребенка, отвлечь его бывает чрезвычайно трудно.

У детей с аутоподобной формой могут преобладать отрицательные эмоции, но не в виде раздражения или агрессии, как при аффективнонеустойчивом варианте, а в виде сниженного фона настроения, частого нытья, хныканья.

Особенности эмоционально-личностного развития. Эмоциональный фон нестабилен. Ребенок вспыльчив, неуправляем, легко переходит от эйфории к дисфории и агрессии.

Для возбудимой формы скорее характерна эйфоричность, которая связана с глубиной интеллектуального дефекта. Проявляется крайняя импульсивность во всех сферах, в частности, ребенок чрезвычайно зависим от своих витальных потребностей, не способен их контролировать в соответствии с принятыми социальными нормами. При легкой степени тотального недоразвития могут наблюдаться тревожные состояния, страх новизны, незнакомых людей.

При аффективной форме на первый план выступают заряженность аффекта, невозможность отсрочки или невыполнение желаний, бурные аффективные вспышки с элементами не только агрессии, но и аутоагрессии. Нередки нарушения влечений и нарушение привязанностей.

Основной принцип, которым руководствуются все работники детских учреждений, - принцип социалистического гуманизма. Он заключается в том, чтобы вовремя создать каждому ребенку необходимые условия, при которых тот сможет максимально развить свои способности. Этот принцип обязывает глубоко и внимательно изучать ребенка, искать пути и средства для преодоления трудностей, встречающихся на его пути. Только в том случае, если все необходимые и возможные меры помощи, оказанные детям в условиях общеобразовательных учреждений, не дали положительных результатов, ставится вопрос о направлении их в специальные учреждения.

Обязательным принципом в изучении детей является комплексность. Этот принцип обязывает учитывать при совместном обсуждении данные, полученные при обследовании ребенка всеми специалистами: врачами, дефектологами, психологами. Следует отметить, что соблюдение указанного принципа при изучении детей еще до комиссии позволит точнее определить их состояние, выявить причины имеющихся отклонений в развитии. Так, педагог может первым обратить внимание на такие изменения в ребенке, как усиливающуюся рассеянность, утомляемость, плаксивость и т. д. В свою очередь врач поможет установить причины этих изменений и рекомендовать необходимые средства для их устранения.

Важное значение имеет принцип всестороннего и целостного изучения ребенка. Он предусматривает исследование познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и поведения. Учитывается также физическое состояние детей, которое может существенно влиять на формирование их умственных способностей. Говоря о целостности изучения, следует помнить, что психическое развитие ребенка не представляет собой простой суммы развития отдельных, изолированных способностей, поэтому нельзя делать заключение о ребенке только на основании

исследования состояния его восприятия, памяти или других психических функций. Под целостностью изучения подразумевается обязательное сопоставление всех данных, полученных о ребенке: данных об особенностях отдельных психических процессов, эмоций, воли, поведения и физического состояния.

Всестороннее, целостное изучение ребенка может быть успешным, если оно будет осуществляться в процессе его деятельности: учебной, трудовой или игровой. Необходимо, чтобы и методы, и материалы, используемые при изучении детей, были максимально индивидуализированы с учетом их возрастных и характерологических особенностей. Члены комиссии должны установить контакт с ребенком. Это поможет лучше выявить все качества личности: интересы ребенка, состояние волевых усилий, целенаправленность в действиях, особенности протекания основных психических процессов и т. д.

Самым специфическим для советской дефектологии является принцип динамического изучения детей. Этот принцип означает, что при изучении важно учитывать не только то, что дети знают и могут выполнить в момент исследования, но и их возможности в обучении. В основе этого принципа лежит учение Л. С. Выготского об изучении «зон ближайшего развития» детей, их потенциальных возможностей в обучении. Чем выше умственное развитие ребенка, тем более успешно он может научиться выполнять то или иное задание, переносить полученный опыт в новую ситуацию. Одно из отличий умственно отсталых детей от интеллектуально нормальных состоит в том, что они плохо используют помощь. Именно поэтому при обследовании педагог должен всегда обращать внимание, насколько улучшается работа ребенка после объяснения, как он выполняет аналогичное задание.

Важно учитывать принцип качественно-количественного подхода при оценке выполненного ребенком задания. Учитывать не только конечный результат, но и способ решения задачи.

9. Вопросы по теме занятия

1. Понятие и критерии умственной отсталости в специальной психологии и смежных дисциплинах.

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. Характеристика олигофрении: Эпидемиология, причины, степени выраженности олигофрении

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. Классификации умственной отсталости (М. С. Певзнер, Г. Е. Сухарева, по В.В. Лебединскому, по Н.Я. Семаго, О.Ю. Чирковой).

1) ретардация (задержанное развитие) — запаздывание или приостановка всех сторон психического развития или преимущественно отдельных компонентов; дисфункция созревания ^ связана с морфофункциональной возрастной незрелостью центральной нервной системы и взаимодействием незрелых структур и функций головного мозга с неблагоприятными факторами внешней среды; поврежденное развитие — изолированное повреждение какой-либо анализаторной системы или структур головного мозга; асинхрония (искаженное развитие) — диспропорционально ^ психическое развитие при выраженном опережении темпа и сроков развития одних функций и запаздывании или выраженном отставании других.;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. Общие особенности раннего развития детей при умственной отсталости

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. Неврологические и соматические особенности

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. В РАМКАХ ТОРМОЗИМО-ИНЕРТНОГО ВАРИАНТА ТОТАЛЬНОГО НЕДОРАЗВИТИЯ МОЖНО ВЫДЕЛИТЬ ДВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ:

- 1) тормозимую и аутоподобную;
- 2) легкую и тяжелую;
- 3) дебильность и имбецильность;
- 4) умеренную и тяжелую;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) умственная отсталость;
- 2) аутизм;
- 3) ДЦП;
- 4) ранняя детская шизофрения;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. Н.Я. СЕМАГО, О.Ю. ЧИРКОВОЙ ВЫДЕЛЯЮТ 3 ВАРИАНТА ТОТАЛЬНОГО НЕДОРАЗВИТИЯ:

- 1) уравновешанный, тормозимо-инертный, аффективно-возбудимый;

- 2) уравновешанный, простой, аффективно-возбудимый;
- 3) уравновешанный, тормозимо-инертный, простой;
- 4) неосложненные, осложненные, атипичные;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ IQ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 35-49;
- 2) ниже 20;
- 3) 20-34;
- 4) 50-69;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. ПРИ УМЕРЕННОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ IQ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 35-49;
- 2) ниже 20;
- 3) 20-34;
- 4) 50-69;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Деятельность ребенка с тотальным недоразвитием может быть достаточно целенаправленной в том случае, если она доступна, а ее программирование и контроль осуществляются взрослым. В то же время собственный контроль и программирование деятельности (1) _____. Для такого ребенка характерна умеренно выраженная недостаточность регуляторного компонента деятельности в целом. Адекватность ведения на (2) _____ уровне. Выраженность поведенческой неадекватности зависит от выраженности тотальности недоразвития. Критичность ребенка как к ситуации в целом, так и к результатам своей деятельности чаще всего выражено (3) _____, в то же время ребенок может адекватно реагировать на похвалу или неодобрение (порицание) со стороны взрослых, то есть очевидна ориентация ребенка не на объективный результат выполнения того или иного задания, а скорее на реакцию взрослого. Обучаемость новым видам деятельности также сильно (4) _____, затруднен перенос освоенных навыков на аналогичный материал, даже при его подаче в наглядно-действенной форме. Темп обучения значительно (5) _____.

Вопрос 1: Вставьте пропущенные слова;

- 1) (1) - «малодоступны»; (2) - «бытовом»; (3) - «снижена»; (4) - «снижена»; (5) - «замедлен».

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. 1. Тормозимая форма - 2. Аутоподобная - А) связана в первую очередь с несостоятельностью нейродинамических регуляторных механизмов. Б) связана с аффективными нарушениями.

Вопрос 1: Соотнесите характеристику с формами тормозимо-инертного типа.;

- 1) 1-А, 2 -Б;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

12. Примерная тематика НИРС по теме

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- дополнительная:

Мандель, Б. Р. [Специальная \(коррекционная\) психология](#) : учебное пособие / Б. Р. Мандель. - 2-е изд., стер. - М. : Флинта, 2020. - 342 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 16. Поврежденное развитие как вариант психического дизонтогенеза. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.2, УК-5.3)

2. Разновидность занятия: дискуссия

3. Методы обучения: Не указано

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о нарушениях психического развития в детском возрасте как о науке, понимания специфичности и уникальности психологического знания, закрепление базовых предметных категорий, позволяющее включаться в профессиональное сообщество, формирование профессиональной ментальности, становление профессиональной позиции

5. Цели обучения

- обучающийся должен знать , уметь , владеть

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний, умений	10.00	Тестирование
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Обсуждение докладов по теме занятия. Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа	15.00	Дискуссия по вопросам к теме и обсуждение рефератов. Решение ситуационных задач
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тестирование
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия, и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Вслед за классиками отечественной психиатрии и психологии к поврежденному мы относим такие виды отклоняющегося развития, когда имеется какое-либо повреждающее воздействие, в первую очередь на центральную нервную систему ребенка, либо была психическая травматизация. Принято считать, что феномены повреждения возникают только при воздействии повреждающих факторов после возраста 2,5-3 лет, когда часть психических функций уже сформирована или находится в активной стадии формирования. При этом именно фактор возраста, при котором возникло повреждение, имеет приоритетное значение для выделения такой группы.

В этой ситуации скорее следует говорить не столько о недостаточной сформированности базовых структур психического, сколько об особенностях их дальнейшего развития в условиях последствий органического повреждения.

При наличии у детей психической травмы можно говорить о непосредственном *повреждении* системы аффективной организации, и потому такие дети выделяются в особую подгруппу поврежденного развития.

Основные критерии выделения типа поврежденного развития:

- Наличие объективно подтвержденного повреждающего воздействия и соответствующего повреждения центральной нервной системы (черепно-мозговая травма, опухоль, менингит, энцефалит и т. п.), либо объективное наличие психотравмирующего воздействия (социальная или техногенная катастрофа, увечье, физическое или эмоциональное насилие и т. п.).
- Время повреждения ЦНС (после 2,5-3-х лет).
- Условно-нормативное или близкое к нему психическое развитие ребенка к моменту повреждающего воздействия.
- Значительное изменение психического развития (в диапазоне, превышающем рамки, определенные клиницистами для выздоровления), изменения состояния отдельных функций или функциональных систем в сторону ухудшения. Данный критерий можно рассматривать как специфический именно для этого типа отклоняющегося развития. Именно при воздействии (как правило, достаточно кратковременном по отношению к диапазону развития в целом) повреждающего фактора происходит резкое изменение всех показателей развития и физического, и психического. Это, наверное, единственный из всех вариантов развития, когда наблюдается такая резкая смена вектора и динамики развития.

Этот тип разделяется на *два вида* (рис. 1):

- Развитие после органического повреждения ЦНС.
- Развитие на фоне посттравматического синдрома после психической травмы.

Рис. 1. Виды поврежденного развития

При повреждении ЦНС в качестве одного из основных показателей, определяющих специфику развития ребенка и необходимую помощь, следует считать *объем повреждения*. Помимо этого, психологическая специфика поврежденного развития будет определяться:

- локализацией повреждения;
- периодом, прошедшим после повреждения (стаж заболевания);
- наличием общемозговых реакций (внутричерепная гипертензия, изменение сосудистого тонуса и т. п.).

Учитывая показатель объема повреждения как наиболее существенного и фактически системообразующего (в ситуации повреждения ЦНС), мы разделяем **развитие после органического повреждения ЦНС** на *два варианта*:

- локально поврежденное развитие;
- диффузно поврежденное развитие.

Виды органической деменции

Виды органической деменции определяются временем возникновения нарушения и степенью их воздействия на психические процессы. Обычно заболевание классифицируется как резидуальное или прогрессирующее. Первое в большей степени свойственно детям, второе – пожилым людям.

Резидуальная органическая деменция по своей сути остаточное поражение, сформировавшееся вследствие воздействия на мозг других разрушающих его факторов: инфекций, травм, токсического отравления. Оказавшись беззащитным перед перечисленными проблемами мозг начинает разрушаться, но в то время, как первопричина устраняется, последствия сохраняются навсегда. Они не поддаются коррекции, но и не ухудшаются, если этому не способствуют другие причины. Для этого типа деменции характерны слабоумие и психопатоподобное поведение. Прогрессирующее органическое нарушение развивается медленно, затрагивая все больше участков головного мозга. Именно к этому типу относят классический вариант старческой деменции, когда психические функции угасают постепенно, вместе с двигательными. Следует отметить, что в отличие от резидуальной, способной остановиться на одной ступени развития, прогрессирующая будет развиваться постоянно, пока в конечном итоге не приведет к смерти пациента.

При повреждениях ЦНС обычно выставляется неврологический диагноз, отражающий характер поражения либо заболевания центральной или периферической нервной системы, и сопутствующие медицинские диагнозы.

В качестве причин *локально поврежденного развития* рассматриваются локально очерченные травмы, новообразования, ограниченные кровоизлияния, очаги эпилептической активности, кисты и т. п.

К *диффузно поврежденному развитию* могут приводить такие заболевания, как тяжелые прогрессирующие формы гидроцефалий, менингит, энцефалит, другие мозговые инфекции, тяжелые травмы мозга – сотрясения или ушиб мозга, выраженный эписиндром, возникший после 3-3,5 лет, обширные кровоизлияния, состояния после нейрохирургических вмешательств и т. п. Здесь же следует рассматривать и особенности лечения ребенка после оперативного удаления злокачественных или рецидивирующих доброкачественных опухолей. В данном случае можно говорить о своеобразном переходе состояния от варианта локально поврежденного к варианту диффузно поврежденного развития.

Огромную роль будут играть и социальные условия развития как один из определяющих факторов компенсации. Например, отсутствие адекватных лечебных мероприятий, несоответствие медицинского оборудования или врачебной квалификации состоянию ребенка, попустительство родителей, недооценка ими возможных последствий повреждения или психологической травмы приведут к усугублению ситуации.

Очевидно, что чем больше объем поражения, тем тяжелее общее состояние. Чем раньше возникло повреждение, тем более вероятно, что развитие ребенка будет приобретать черты, схожие с вариантами тотального недоразвития. И это понятно, поскольку, чем длительнее формируется психическая функция, чем она «моложе» на момент повреждения, тем более глубокую степень недоразвития она будет иметь после повреждения. То есть при вариантах поврежденного развития чаще всего мы имеем сочетание черт повреждения и недоразвития психических функций

и систем. Это известный, но на практике часто не принимаемый во внимание факт.

Характерной моделью поврежденного психического развития является органическая деменция. Этиология органической деменции связана с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга. В отличие от олигофрении, которая также нередко имеет аналогичное происхождение, деменция возникает либо начинает грубо прогрессировать в возрасте после 2-3 лет. Этим хронологическим фактором в значительной мере определяется отличие патогенеза и клинко-психологической структуры деменции от олигофрении. К 2-3-летнему возрасту значительная часть мозговых структур относительно сформирована, поэтому воздействие вредности вызывает их повреждение, а не только недоразвитие. Задержка же психического развития церебрально-органического генеза от органической деменции отличается значительно меньшей массивностью поражения нервной системы. Систематика органической деменции, особенно в детском возрасте, представляет значительные трудности ввиду множественности патогенетических факторов, обуславливающих сложное сочетание явлений повреждения и недоразвития в ее клинко-психологической структуре, разной экстенсивности поражения, варибельности его локализации. Исходя из критерия динамики болезненного процесса, различают так называемую **резидуальную органическую деменцию**, при которой слабоумие представляет собой остаточные явления поражения мозга травмой, инфекцией, интоксикацией, и **прогрессирующую деменцию**, обусловленную так называемыми текущими органическими процессами (хронически протекающими менингитами и энцефалитами, опухолевыми, наследственными дегенеративными и обменными заболеваниями, прогрессирующим склерозом мозга и т.д.). Виды органической деменции классифицируются и по этиологическому критерию (эпилептическая, постэнцефалитическая, травматическая, склеротическая и др.). О классификации Г. Е. Сухаревой (1965), основанной на специфике клинко-психологической структуры, будет сказано далее. Фактор динамики болезненного процесса имеет решающее значение для возможности психического развития. Поэтому тяжелая прогрессирующая деменция, возникшая в детском возрасте, по существу, не может быть отнесена к аномалии развития, так как в этих случаях речь идет о нарастающем распаде психических функций, обусловленном не аномальным развитием, а грубо прогрессирующим болезненным процессом. Об аномальном же развитии, связанном с деменцией, можно говорить применительно именно к деменции резидуальной, при которой, несмотря на наличие выраженных явлений повреждения, приостановка болезненного процесса дает определенные возможности для развития, хотя и грубо нарушенного. В патогенезе и формировании клинко-психологических проявлений органической деменции помимо этиологии имеет значение и ряд других факторов. К ним относятся прежде всего степень распространенности и преимущественная локализация болезненного процесса. Возраст начала заболевания и длительность периода, прошедшего после его окончания, также имеют большое значение для типа сочетания повреждения, недоразвития и компенсаторных возможностей нервной системы. Не безразличны и индивидуальные преморбидные особенности ребенка. Бесспорная роль принадлежит своевременному началу восстановительной работы. Особенности патогенеза резидуальной органической деменции обуславливают специфику ее клинко-психологической структуры. Структура дефекта при органической деменции, как указывалось, определяется в первую очередь фактором повреждения мозговых систем в отличие от клинко-психологической структуры олигофрении, отражающей явления недоразвития. Поэтому здесь нет тотальности и иерархичности нарушения психических функций, характерных для олигофрении. Наоборот, на первый план выступает парциальность расстройств. В одних случаях это грубые локальные корковые и подкорковые нарушения (гностические расстройства, нарушения пространственного синтеза, движений, речи и т.д.), недостаточность которых иногда более выражена, чем неспособность к отвлечению и обобщению. Так, нарушения памяти, в особенности механической, более характерны для деменции, обусловленной черепно-мозговой травмой, перенесенной ребенком в возрасте после 2-3 лет. Эта специфика дефекта связана с тем, что при контузии мозга из-за удара ликворной волны о стенки третьего желудочка повреждаются близко расположенные лимбические образования, играющие большую роль в организации процессов памяти. Но чаще обнаруживается сочетанная корково-подкорковая дефицитарность. Повреждение подкорковых областей приводит и к тому, что при органической деменции, как правило, сильнее, чем при олигофрении, страдают нейродинамические процессы, вследствие чего более выражена инертность мышления, тяжелеет истоцаемость, наблюдаются персевераторные явления. Наличие грубых нейродинамических расстройств резко дезорганизует психическую деятельность. Большое значение в структуре дефекта при органической деменции имеют нарушения целенаправленности мышления, которые при прочих равных условиях также выражены более грубо, чем при олигофрении. Весьма характерны нарушения критичности, отсутствие понимания и переживания своей несостоятельности, равнодушие к оценке, отсутствие планов на будущее даже у детей старшего возраста. Б.В.Зейгарник (1976) выделяет три преимущественных типа нарушения мышления при органической деменции у взрослых больных: 1) снижение функции обобщения; 2) нарушение логического строя мышления; 3) нарушения критичности и целенаправленности. Изменения личности большей частью диссоциируют с уровнем интеллектуального снижения. В одних случаях они выступают очень резко и особенно проявляются в малой привязанности к родным и близким, частом отсутствии чувства стыда, жалости и других симпатических эмоций. В ряде же случаев, наоборот, личностные изменения выражены менее грубо, чем нарушения интеллекта. Более грубо, чем при неосложненной олигофрении, выражены у одних больных адинамия, вялость и аспонтанность, слабость побуждений, у других — психомоторная расторможенность, эйфория либо дисфория с угрюмостью, злобностью, склонностью к агрессии, патология влечений (прожорливость, сексуальность и т.д.). Иногда влечения носят извращенный характер (стремление к самоповреждению, садистические тенденции и т.д.). Если при олигофрении

энцефалопатические расстройства характерны лишь для осложненных форм (при которых, как указывалось, к явлениям недоразвития присоединяются явления повреждения), то при органической деменции, обусловленной именно повреждением мозга, энцефалопатические расстройства будут практически обязательными. Расторможенность влечений в ряде случаев приводит к более тяжелому поведению этих детей по сравнению с их интеллектуальным дефектом. Поэтому даже при негрубой степени органической деменции их обучение при прочих равных условиях представляет большие сложности, чем обучение детей, страдающих дебильностью. Таким образом, структура психического дефекта при органической деменции представляет значительную сложность и отличается большим полиморфизмом, чем при олигофрении. Это касается как интеллектуальных нарушений, так и эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Г.Е.Сухарева (1965), исходя из специфики клинико-психологической структуры, выделяет четыре типа органической деменции у детей. Первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня обобщения. При втором типе на передний план выступают грубые нейродинамические расстройства, резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость, неспособность к напряжению. Отмечаются нарушение логического строя мышления, выраженная склонность к персеверациям. При третьем типе органической деменции более всего выступает недостаточность побуждений к деятельности с вялостью, апатией, резким снижением активности мышления. При четвертом типе — в центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления с грубыми расстройствами внимания, резкой отвлекаемостью, «полевым поведением». Наиболее частыми типами являются два последних. По полученным нами данным [Лебединский В.В., 1985], при первом из них (соответствующем четвертому типу органической деменции, по Г.Е.Сухаревой) поведение детей можно характеризовать как полевое. Они отличаются хаотической двигательной расторможенностью, бестормозностью, действиями по первому побуждению. Общий фон настроения характеризуется выраженной эйфорией со склонностью к дурашливости и в то же время кратковременными агрессивными вспышками. Эмоции крайне примитивны и поверхностны. Реакции на замечания отсутствуют. Отмечается грубая нескритичность. Нередко выступает расторможенность влечений (повышенная сексуальность, прожорливость). Из-за отсутствия волевых задержек, недостаточного понимания ситуаций, большой эмоциональной заражаемости в условиях конфликта эти дети часто не принимаются в коллективе сверстников. Обучению в условиях вспомогательной школы помимо особенностей поведения препятствуют и грубые нарушения внимания, нецеленаправленность в любой деятельности, персеверации по гипердинамическому типу. При исследовании памяти обнаруживается также непродуктивность запоминания, фрагментарность воспроизведения. При всех пробах отчетливо выступают нарушения интеллектуальной деятельности. При исследовании конструктивного мышления (кубики Кооса) дети затрудняются в анализе пространственной структуры узора даже и в тех случаях, когда не имеют первичных нарушений пространственного гнозиса. При передаче сюжета простой картинке обнаруживаются грубая фрагментарность и соскальзывание на побочные ассоциации. При выполнении всех заданий дети, как правило, не замечают своих ошибок и быстро теряют интерес к заданию. Включение речи, предметная и смысловая организация действия, а также похвала либо порицание неэффективны. При втором варианте (соответствующем третьему типу органической деменции, по Г. Е. Сухаревой) в психическом статусе доминируют вялость, медлительность, пассивность, нередко отсутствуют навыки опрятности. При общей двигательной заторможенности отмечается склонность к образованию элементарных двигательных стереотипов. Слабость побуждений, эмоциональная бедность проявляются в скудности мимики, моторики, интонаций. Нарушения в интеллектуальной и личностной сфере выступают в равнодушии к оценке, отсутствии привязанностей, планов на будущее, интеллектуальных интересов. Наблюдается резкое снижение активности мышления. При нейропсихологическом исследовании стойкие дефекты в моторной сфере проявляются в медлительности, инертности, склонности к застреванию, трудностям переключения, персеверациям и синкинезиям. Персеверации возникают на уровне как исполнительного звена, так и программы действия. Даже с несложными заданиями на конструктивный праксис эти дети обычно не справляются. Мнестические расстройства сходны с нарушениями памяти у детей предыдущей подгруппы, однако отмечается еще более выраженная замедленность в воспроизведении. В речи сочетаются моторные и сенсорные нарушения, затруднения в дифференциации близких по звучанию фонем, трудности переключения, персеверации. И эти дети не замечают своих ошибок, которые не компенсируются даже помощью взрослого. Анализ клинико-нейропсихологической структуры дефекта у детей обеих подгрупп обнаруживает выраженность нарушения функций лобных долей. Не исключено, что частое наличие этой симптоматики при деменции в детском возрасте связано с закономерным вовлечением в патологический процесс морфологически незрелых и функционально-сензитивных передних областей мозга. Чем тяжелее вредоносный фактор, тем больше страдает и их развитие. Так, при олигофрении, как отмечалось выше, речь идет о первичном недоразвитии лобных систем, при задержке психического развития - замедлении темпа их созревания, а при деменции - очевидном сочетании явлений их повреждения и недоразвития. Поэтому психологическая структура таких поражений будет сложной: явлениям повреждения будет сопутствовать «олигофренический компонент» в виде плохой способности к отвлечению и обобщению, недоразвития логического мышления. В этих случаях неумение устанавливать объективные связи явлений, низкий уровень суждений выходят на первый план и особенно затрудняют дифференциальную диагностику с олигофренией, в первую очередь с атипичной «лобной» олигофренией. Наиболее значимым дифференциально-диагностическим критерием разграничения ранней органической деменции и олигофрении является р а з л и ч и е в динамике слабоумия: при органической деменции, в отличие от олигофрении, часто имеются указания на первоначально правильное и своевременное развитие ребенка до

перенесенной инфекции, интоксикации или травмы мозга, хронологическая связь начавшегося психического снижения с перенесенной вредностью. Большое дифференциально-диагностическое значение имеют данные неврологического и соматического обследования. В неврологическом статусе детей с органической деменцией чаще, чем при олигофрении, будут наблюдаться явления повреждения, локальные знаки (парезы, параличи, судорожные припадки). В физическом же облике, наоборот, будут отсутствовать диспластические признаки телосложения, характерные для олигофрении. Легкую степень органической деменции иногда приходится дифференцировать с тяжелыми формами задержки психического развития церебрально-органического генеза, имеющими постнатальное происхождение. Эта необходимость возникает ввиду определенной качественной общности структуры дефекта, обусловленной механизмом «повреждения» нервной системы (парциальность поражения, дефицитарность высших корковых функций, осложненность энцефалопатическими синдромами). Однако, как видно из вышеизложенного, в отличие от задержки психического развития, деменция, связанная со значительно большей грубостью поражения мозга, характеризуется разлаженностью деятельности, личностным распадом, грубой некритичностью и большой тяжестью западения отдельных функций. Динамика задержки психического развития, как указывалось, благоприятна и содержит возможности социальной адаптации. При органической же деменции возможности психического развития резко ограничены. Клинико-психологическая картина резидуальной органической деменции будет различной в зависимости от того, в каком возрасте возникло заболевание мозга. По данным исследований Г. Е. Сухаревой (1965), при заболевании в дошкольном и раннем дошкольном возрасте на первый план выступает утрата или обеднение навыков. Нарушения побуждений к деятельности в одних случаях проявляются в апатии и адинамии, в других — в нецеленаправленной двигательной расторможенности. Раннее начало заболевания (в 2-3 года) имеет отрицательное значение еще и потому, что влечет, как указывалось, более выраженную опасность недоразвития онтогенетически наиболее молодых мозговых структур. В этих случаях неумение устанавливать объективные связи явлений, низкий уровень суждений нередко выходят на первый план и особенно затрудняют дифференциальную диагностику с олигофренией. При начале заболевания в старшем дошкольном возрасте наиболее демонстративно разрушение либо обеднение игровой деятельности — ее стереотипность, однообразие. Приобретенные навыки страдают меньше, но все же имеется их определенный регресс. При заболевании в младшем школьном возрасте, как правило, сохраняются речь (при отсутствии локальных нарушений), навыки самообслуживания и даже элементарные учебные навыки. Запас знаний и представлений может быть значительно больше, чем при олигофрении. Но резко снижаются интеллектуальная работоспособность и учебная деятельность в целом: теряются школьные интересы, нарушается целенаправленность. Следует отметить, что так как в целом психологами мало изучена органическая деменция у детей, то ее частному варианту - эпилептической деменции посвящено несколько больше исследований. Эпилептическая деменция формируется при так называемой эпилептической болезни, при которой помимо судорожных припадков имеются специфические особенности мышления, эмоциональной сферы, личности в целом, проявляющиеся в общей психической тугоподвижности, вязкости мышления и аффекта, полярности эмоций (сочетании склонности к экзальтации, ласковости с нередкой злопамятностью и мстительностью), выраженной напряженностью аффекта с легко возникающими вспышками ярости и гнева. При эпилептической деменции, формирующейся в случаях текущего эпилептического процесса, эти качественные особенности мышления и аффекта включены в структуру слабоумия. Так, с тугоподвижностью мышления тесно связаны застревания на малозначительных деталях с неспособностью выделения главного [Зейгарник Б.В., 1976]. Характерны плохая интеллектуальная переключаемость, выраженная замедленность речи. В детском возрасте при обучении даже во вспомогательной школе эти дети испытывают трудности ввиду большой медлительности при письме, чтении, счете и т.д. Аффективные особенности, типичные для эпилепсии, в случае деменции не корригируются из-за дефектности интеллекта и личности. Поэтому такие дети, и особенно подростки, вследствие своей резкой взрывчатости, склонности к агрессивным разрядам могут представлять опасность для окружающих. Как видно из приведенных данных, психологический анализ органической деменции с точки зрения дизонтогенеза представляется наиболее сложным. В структуре поврежденного развития будут иметь место явления стойкого, часто необратимого регресса ряда функций. Выступает ряд и других закономерностей поврежденного развития. Так, более позднее время поражения определяет парциальность повреждения отдельных корковых и, как правило, подкорковых функций, нарушая корково-подкорковые взаимодействия. В зависимости от возраста заболевания могут повреждаться функции как с более коротким, так и с более длительным периодом развития, при этом более онтогенетически молодые функции одновременно повреждаются и задерживаются в своем развитии. Первичный дефект связан с различной локализацией повреждения. Однако очень часто наблюдается вовлечение в патологический процесс лобных долей из-за повреждения подкорковых систем [Гуревич М.О., 1932] вследствие их хрупкости, сензитивности в детском возрасте. Характер вторичных дефектов обусловлен спецификой первичного поражения, а также недоразвитием систем, как функционально связанных с поврежденными, так и более молодых, в фило- и онтогенезе. Основные координаты недоразвития направлены преимущественно «снизу вверх» (от поврежденной частной функции — к регуляторной, от поврежденных подкорковых образований — к коре, прежде всего лобной). В нарушении межфункциональных взаимодействий наблюдается распад иерархических связей с явлениями изоляции, в первую очередь расторможением подкорковых функций, обуславливающих массивность энцефалопатической симптоматики, патологию влечений. Выраженность персевераций также свидетельствует о нарушении регуляторных систем. Элементы асинхронии развития проявляются в ретардации формирования высших психических функций. Повреждение, возникшее в детском возрасте, приводит также к сочетанию явлений регресса

со стойкой фиксацией функций на более ранних этапах развития.

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА КАК ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ ПОВРЕЖДЕННОГО РАЗВИТИЯ.

Особый вид поврежденного развития — это психическая травма. До настоящего времени психическая травма не рассматривалась в контексте специальной психологии, она не включена как таксономическая единица ни в одну из существующих психологических типологий. В то же время именно с ней работают психологи.

Мы включаем психическую травму и ее модификации в нашу типологию отклоняющегося развития по трем причинам:

1. Это исключительно область деятельности психолога, в том числе психолога образования, поскольку дети и в ситуации острой психической травмы и соответствующего посттравматического состояния, и тем более в ситуации хронической психической травматизации развиваются, учатся в школе, общаются со сверстниками.
2. Детям в подобной ситуации необходимы специальные образовательные условия, особое отношение всех других субъектов образовательного процесса. То есть можно говорить об особом образовательном маршруте и специфичной коррекционной психологической работе (критерий специфичности коррекции).
3. В рамках предлагаемой модели можно провести анализ и определить специфически измененный характер базовых составляющих.

Большинство работ психотерапевтического плана посвящены психической травме взрослого человека и работе с ней. Чрезвычайно мало работ, касающихся анализа психической травмы и ее ближайших последствий у ребенка, тем более ребенка дошкольного возраста. В данном разделе мы можем только очертить самые общие контуры подходов к развитию ребенка в условиях психической травмы.

Наша практика позволяет говорить по крайней мере о двух типах этого варианта отклоняющегося развития:

- *психическое развитие после «острой» психической травмы;*
- *развитие в условиях хронической психической травмы.*

Специалисты, работающие в этой области, выделяют различные причины психической травматизации. Так, Е. Петрова выделяет следующие типы процесса травмирования:

- травмы физического типа (ситуации, затрагивающие тело человека и его физический мир);
- травмы нарциссического типа (зона отношений с другими людьми и формирования субъектности);
- травмы, касающиеся системы социальных отношений. По содержанию травмирующие ситуации могут быть эпизодами социального или физического насилия, резкой смены жизненной ситуации, стихийных бедствий и прочего.

Для гештальт-подхода это ситуация «нарушения границ». Причем такого нарушения, которое не было скомпенсировано после прекращения действия внешнего стимула.

Наиболее понятны и чаще всего рассматриваются в медицинской практике ситуации внешнего воздействия на человека, в которых была затронута витальность. Это, например, пожар, стихийное бедствие, автомобильная катастрофа, террористический акт и, естественно, акты насилия, направленные на ребенка.

В качестве последствий мы можем ожидать неожиданно возникающие приступы паники, депрессивные проявления, феномен подавленной ярости и беспомощности.

Для ребенка дошкольного возраста существенно сохранение окружающей среды, Изменение окружения становится источником фрустрации, требует затраты душевных сил на адаптацию и может даже стать поводом для травмы. Это, например, эпизоды отлучения от родителей и помещения в больницу, передача ребенка новому ухаживающему лицу и так далее. В сущности, любое изменение ситуации окружения в детстве является источником стресса.

9. Вопросы по теме занятия

1. Общая характеристика и критерии выделения поврежденного психического развития

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. Классификации поврежденного психического развития

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. Классификации деменций в детском возрасте

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. Этиопатогенез органической деменции в детском возрасте

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. Психическая травма как один из вариантов поврежденного развития.

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ФЕНОМЕНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВОЗНИКАЮТ ТОЛЬКО ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПОВРЕЖДАЮЩИХ ФАКТОРОВ ПОСЛЕ:

- 1) рождения;
- 2) 1 года;
- 3) 2,5-3 лет;
- 4) 12 лет;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. ПОВРЕЖДЕННОЕ РАЗВИТИЕ ДЕЛИТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ:

- 1) опухоль, менингит, ЧМТ;
- 2) развитие после органического повреждения ЦНС и развитие на фоне посттравматического синдрома после психической травмы;
- 3) психическое и физическое насилие;
- 4) развитие после органического повреждения ЦНС и деменция;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. РАЗВИТИЕ ПОСЛЕ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЦНС НА ДВА ВАРИАНТА:

- 1) локально поврежденное и диффузно поврежденное развитие;
- 2) резидуальная и прогрессирующая деменция;
- 3) менингит и энцефалит;
- 4) психическое и физическое насилие;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. К ПОВРЕЖДЕННОМУ РАЗВИТИЮ ОТНОСЯТ:

- 1) органическую деменцию;
- 2) СДВГ;
- 3) аутизм;
- 4) шизофрению;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. ДЛЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО ТИПА ДЕМЕНЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) слабоумие и психопадобное поведение;
- 2) педагогическая запущенность и психический инфантилизм;
- 3) слабоумие и СДВГ;
- 4) аутизм и СДВГ;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Повреждающие воздействия и соответствующие повреждения центральной нервной системы (характерные для поврежденного развития): (1) _____ . Психотравмирующие воздействия: (2) _____ .

Вопрос 1: Закончите предложения;

- 1) (1) - «черепно-мозговая травма, опухоль, менингит, энцефалит и т. п.»; (2) - «социальная или техногенная катастрофа, увечье, физическое или эмоциональное насилие и т. п.»;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. 1) 1 тип. 2) 2 тип. 3) 3 тип. 4) 4 тип. А. Более всего выступает недостаточность побуждений к деятельности с вялостью, апатией, резким снижением активности мышления. Б. Характеризуется преобладанием низкого уровня обобщения. В. В центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления с грубыми расстройствами внимания, резкой отвлекаемостью, «полевым поведением» Г. На передний план выступают грубые нейродинамические расстройства, резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных

Вопрос 1: Соотнесите типы органической деменции у детей (Г.Е.Сухарева) с общей характеристикой каждого из них;

- 1) 1) Б; 2) Г; 3) А; 4) В.;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

12. Примерная тематика НИРС по теме

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- дополнительная:

Неретина, Т. Г. [Специальная педагогика и коррекционная психология](#) : учеб.-метод. комплекс / Т. Г. Неретина. - 4-е изд., стер. - М. : Флинта , 2019. - 376 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 17. Дефицитарное развитие. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.2, УК-5.3)

2. Разновидность занятия: дискуссия

3. Методы обучения: Не указано

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о нарушениях психического развития в детском возрасте как о науке, понимания специфичности и уникальности психологического знания, закрепление базовых предметных категорий, позволяющее включаться в профессиональное сообщество, формирование профессиональной ментальности, становление профессиональной позиции

5. Цели обучения

- обучающийся должен знать , уметь , владеть

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний, умений	10.00	Тестирование
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Обсуждение докладов по теме занятия. Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа	15.00	Дискуссия по вопросам к теме и обсуждение рефератов. Решение ситуационных задач
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тестирование
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия, и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

В рамках дефицитарного развития в соответствии с принятой в коррекционной педагогике и специальной психологии психолого-педагогической классификацией выделяют детей с различной степени нарушениями формирования сенсорных (в первую очередь, слуховой и зрительной) и двигательных функций. В эту группу включают также детей с множественными нарушениями, когда отклонения присутствуют в различных сочетаниях, иногда с присоединением дисфункций других психических и соматических систем ребенка. Эта категория детей получила еще не устоявшееся определение «дети с сочетанным (множественным, комплексным) дефектом», в нормативно-правовых актах эта группа именуется «дети со сложной структурой дефекта».

Основным критерием выделения этого типа отклоняющегося развития является возникшая в раннем возрасте (или даже пренатально) недостаточность отдельных анализаторных систем (или их сочетание) или центрального звена обеспечения двигательного развития (например, нарушения опорно-двигательного аппарата, возникшие при детском церебральном параличе). Предполагается, что дефицитарность существует на всем протяжении формирования психических функциональных систем и процессов, то есть с самого раннего возраста. Случаи же органических повреждений анализаторных систем, произошедших в более позднем возрасте, когда соответствующие психические системы уже в целом сформированы, должны быть отнесены к группе поврежденного развития (локально поврежденному развитию). Однако часто они рассматриваются в рамках дефицитарного развития, что методологически не всегда оправдано.

Основные критерии отнесения типа психического развития к дефицитарному:

- Наличие той или иной степени дефицитарности периферического и/или центрального звена анализаторной или двигательной системы или сочетанность этих дефицитов.
- Дефицитарность систем должна быть либо врожденной, либо приобретенной в раннем возрасте – до 2–2,5 лет, когда все функциональные системы, в состав которых включены дефицитарные звенья, с самого начала развиваясь при дефиците информации соответствующей модальности, оказываются сформированы специфично.

Таким образом, основные причины возникновения вариантов дефицитарного развития – нейробиологические особенности развития: врожденная недостаточность или раннее повреждение одной или нескольких сенсорных систем или опорно-двигательного аппарата, в том числе его центрального звена.

В зависимости от того, какая система дефицитарна, выделяются следующие *виды* нарушений (рис. 2.5):

- Дефицитарность дистантных анализаторных систем.
- Дефицитарность опорно-двигательного аппарата.
- Сочетанная (множественная) дефицитарность.
- Дефицитарность иных функциональных систем.

Существование **дефицитарности не** только сенсорных и опорнодвигательной но и **иных функциональных систем** (например, различных иммунодефицитов, врожденной дефицитарности болевой и холодовой чувствительности и т. п.) можно предположить гипотетически, однако сейчас еще не накоплено достаточно данных по этим видам дефицитарности.

Каждый вид подразделяется на разные варианты и формы.

В происхождении экзогенных форм нарушения слуха у детей большую роль играют инфекционные заболевания во время беременности, особенно в первые месяцы (краснуха, корь, грипп), а также врожденные сифилис, токсоплазмоз и др. Среди постнатальных инфекций, способствующих поражению слуха, определенная роль отводится кори, скарлатине, эпидемическому паротиту. Большое значение имеют менингиты и менингоэнцефалиты. Одной из важнейших причин нарушения слуха (чаще тугоухости) у детей считаются отиты. В последние годы ведущая роль отводится генетическим факторам, большей частью связанным с наследственной патологией. Более 50 % случаев глухоты и тугоухости считаются наследственно обусловленными. Показано, что в возникновении глухоты даже после перенесенной инфекции значительное место принадлежит наследственному предрасположению [Московкина А. Г., см.: Тигранова Л. И., 1978]. Особенно актуальна эта закономерность при глухоте, связываемой с медикаментозным лечением. Генетическая недостаточность органа слуха делает его уязвимым при применении ряда антибиотиков.

Аналогичные соотношения характерны и для поражения зрения. Имеют значение различные экзогенные воздействия на плод в период беременности (такие инфекции, как туберкулез, токсоплазмоз, сифилис, вирусные заболевания, болезни обмена веществ, интоксикации беременной матери алкоголем, лекарственными препаратами — гормональными, снотворными и т.д.). Нередкой причиной является патология родов. Среди постнатальных заболеваний основное место занимают острые и хронические инфекции, реже — менингиты и опухоли мозга. Наследственным факторам в происхождении патологии зрения отводится от 15 до 17%. Исследования отечественных дефектологов выявили особенности формирования клиничко-психологической структуры дефекта, типичной для развития детей с различной патологией в сенсорной сфере.

Огромное значение для возникновения вторичных нарушений развития имеет степень выраженности сенсорного дефекта. Так, небольшой дефект слуха предполагает ту или иную возможность самостоятельного овладения речью. В речи такого ребенка будут наблюдаться негрубые отклонения: смазанность артикуляции, слабая модулированность голоса, смешение глухих звуков со звонкими, шипящих со свистящими, твердых с мягкими; бедность речевого запаса, ошибочное употребление слов, близких по ситуации или звучанию, аграмматизмы. Полное же выпадение слуха при отсутствии специального обучения приводит, как указывалось, к немоте ребенка.

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

Психическое развитие глухих и слепых детей различно в зависимости от того, является ли их глухота врожденной, потеряли ли они слух или зрение на ранних этапах онтогенеза или нарушение произошло в более позднем возрасте.

По существующей в нашей стране психолого-педагогической классификации Р.М. Боскис (1988) приняты критерии, учитывающие своеобразие развития детей с нарушениями слуха: степень поражения слуховой функции; уровень развития речи при данной степени поражения слуховой функции; время возникновения нарушения слуха.

В соответствии с этими критериями выделяются:

- Глухие (неслышащие) дети – это дети, нарушение слуха которых не позволяет естественно воспринимать речь и самостоятельно овладеть ею. В зависимости от состояния речи среди глухих выделены дети:
 - без речи – ранооглохшие, родившиеся с нарушенным слухом или потерявшие слух до начала речевого развития,
 - с речью – позднооглохшие, потерявшие слух в период, когда речь была сформирована.
- Слабослышащие – дети с частичным нарушением слуха, при котором возможно самостоятельное речевое развитие хотя бы в минимальной степени. Состояние слуха слабослышащих детей характеризуется большим разнообразием: от небольшого нарушения восприятия и понимания шепотной речи до резкого ограничения восприятия и понимания речи разговорной громкости. В зависимости от состояния речи выделяются две

категории слабослышащих детей:

- с тяжелым недоразвитием речи (произносят отдельные слова, короткие, неправильно построенные фразы, есть грубые нарушения лексического, грамматического, фонетического строя речи);
- с незначительным недоразвитием речи (владеют развернутой фразовой речью с небольшими отклонениями в грамматическом строе, фонетическом оформлении).

Существует и более дробная дифференциация категорий детей с нарушениями слуховой функции.

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

Так, у глухих детей из-за речевых нарушений задерживается общение, обеспечивающее совместную со взрослым деятельность с предметами. Слабость закрепления значения предметов в словах, в свою очередь, приводит к тому, что ребенок не может свободно оперировать представлениями, возникают трудности в их актуализации [Розанова Т. В., 1978]. Задержка речевого развития затрудняет включение восприятия в более широкий круг деятельности.

Критерии, учитывающие своеобразие развития детей с нарушениями зрения (см. «Основы специальной психологии», 2002): уровень снижения остроты зрения; время возникновения дефекта; другие (помимо нарушения остроты зрения) дефекты зрения.

К категории детей со зрительной дефицитарностью, являющихся объектом детской тифлопсихологии относят:

- невидящих (слепых);
- слабовидящих;
- детей с амблиопией и косоглазием.

В зависимости от времени возникновения нарушения зрения дети делятся группы:

- слепорожденные (с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет);
- ослепшие (утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже).

Сходные закономерности связаны с временем поражения зрения. При заболевании с рождения ребенок не получает никакого запаса зрительных представлений. Затруднения в возникновении вертикального положения тела, боязнь пространства и новых предметов ведут к задержке в освоении пространства и предметной деятельности. Первые специализированные манипуляции и отдельные функциональные действия с предметом появляются у слепых детей после 2 лет. Грубое недоразвитие пространственной ориентации обуславливает недоразвитие походки, тормозит формирование схемы тела [Солнцева Л. И., 1980; и др.]. Нарушение зрения в раннем возрасте даже на уровне слабовидения вызывает и недоразвитие психомоторной сферы: отмечается слабость акта хватания, запаздывает дифференциация движений, наблюдаются застывания с предметом либо, наоборот, ненужные стереотипные движения головы и рук. Совсем по-иному складывается развитие ребенка, потерявшего зрение в более старшем возрасте. Имеющийся прошлый опыт зрительных впечатлений облегчает развитие моторики, предметной деятельности, образование представлений и понятий.

В то же время введение значения слова без опоры на сенсорный опыт, как это имеет место у слепых детей, ведет либо к размыванию и непомерной генерализации значения слова, либо, наоборот, закреплению за словом более узкого круга понятий, сужающего развитие уровня обобщения.

Бедность практического опыта, слабое развитие предметной моторики при относительно сохранной речи создают своеобразие игровой деятельности слепого ребенка, которая протекает в виде примитивных манипуляций и однообразно повторяемых движений, но при этом сопровождается значительно более высоким уровнем протекания словесного действия. Максимально бедный моторный компонент игры сосуществует с гораздо более сложной и по существу изолированной вербальной продукцией. Разрыв между речью и действием не сокращается без специального обучения [Выготский Л. С., 1983]. Это явление представляет собой яркий пример асинхронии развития, при которой страдает нормальная последовательность в развитии иерархии высших психических функций.

Сравнение разных видов аномалий развития при патологии сенсорной сферы как друг с другом, так и с нормой дало убедительный материал и для формулирования ряда общих закономерностей аномалий развития. К этим закономерностям, во-первых, относится недоразвитие по сравнению с нормой способностей к приему, переработке и

хранению информации [Лубовский В. И., 1978]. Естественно, что наиболее страдает усвоение той информации, которая адресована к пораженному анализатору. Однако имеются затруднения в скорости и объеме информации, адресованной и к сохранному анализатору. Так, показано (Психология глухих детей, 1971), что у глухих детей младшего возраста такие закономерности, особенно замедленность восприятия, отчетливо проявляются по отношению к информации, воспринимаемой и зрительно (увеличение латентного времени простой реакции и времени, требуемого для восприятия объекта, уменьшение количества воспринимаемых деталей предметных изображений и т.д.).

Другой общей особенностью, выступающей при изучении дефектов развития сенсорной сферы, является недостаточность словесного опосредования. Это очевидно при дефекте слуха, при котором нарушается развитие речевой системы, но это также наблюдается и при дефектах зрения. Так, у слабовидящих непосредственный зрительный анализ сигналов может страдать меньше, чем словесная квалификация его результатов. У детей с высокой степенью близорукости простые дифференцировки световых сигналов мало отличаются от нормы, но адекватный словесный отчет затруднен. Следствием перечисленных особенностей дефицитарности указанного ряда психических процессов является тенденция и к определенному замедлению темпа развития мышления — процессов обобщения и отвлечения.

Большое значение имеет специфическое нарушение развития эмоциональной сферы. Так, у слепого ребенка недоразвитие эмоциональной сферы связано с ограничением либо невозможностью восприятия таких выразительных средств, как взгляд, жест, мимика. Это в свою очередь усугубляет недоразвитие форм общения на ранних этапах развития ребенка. У глухих детей в связи с отсутствием воздействия речи взрослого, ее эмоционального тона формы эмоционального общения недоразвиваются уже с самых ранних этапов жизни. У них часто отсутствует «комплекс оживления», значительно позднее происходит дифференциация близких и чужих. В более старшем возрасте проявляется определенный дефект эмоциональной ориентировки, в значительной степени связанный с отсутствием восприятия интонационной стороны речи.

И наконец, общим для недостаточности сенсорной сферы — как зрения, так и слуха — является определенная специфика аномального развития личности, наблюдаемого в неблагоприятных условиях воспитания и неадекватности педагогической коррекции. Причинами патологического формирования личности дефицитарного типа, связываемого В.В.Ковалевым, как указывалось, с дефектами сенсорной и моторной сфер, инвалидизирующими соматическими заболеваниями, считаются как реакция личности на хроническую психотравмирующую ситуацию, обусловленную осознанием своей несостоятельности, так и ограничение возможностей контактов вследствие сенсорной, моторной либо соматической депривации. Изменения личности у детей с дефектами зрения и слуха описаны Т. П. Симеон (1948), Г.Штутте (1967), Л.С.Выготским (1983) и др. Клинико-психологическая структура такого дефицитарного типа развития личности включает ряд общих признаков. К ним относятся пониженный фон настроения, астенические черты, нередко с явлениями ипохондричности, тенденция к аутизации как следствие объективных затруднений контактов, связанных с основным дефектом, и гиперкомпенсаторного ухода во внутренний мир, нередко в мир фантазий. Такое стремление к аутизации, а также формирование невротических, иногда истериформных свойств личности нередко усугубляются неправильным воспитанием ребенка в виде гиперопеки [Сухарева Г.Е., 1959], инфантилизирующей его личность, еще более тормозящей формирование социальных установок. Следует, однако, отметить, что эти эмоциональные и личностные расстройства, как правило, формируются у таких детей, если они находятся в неадекватных условиях обучения и воспитания. Среди коррекционных мероприятий большое место принадлежит стимуляции развития остаточных явлений слуха и зрения. Существенное значение имеет другой принцип коррекции: опора на сохранные функции, наиболее далеко отстоящие от дефектной. Так, при поражении слуха для формирования восприятия звуков речи используются зрительный, двигательный и тактильный анализаторы. Зрительный анализатор используется для чтения с губ. Для выработки представлений у слепых компенсация идет по пути сочетания слухового восприятия с контактным тактильным осязанием, опирающимся на вибрационную, кожную, температурную чувствительность. Возникновение осязательно-слуховых образов предмета позволяет выделить звук в качестве сигнального признака предмета. При нарушениях зрения возможно воздействие на дефект «сверху вниз»: путь интеллектуализации вербализации сенсорного опыта. Процесс речевого общения со взрослыми позволяет слепому ребенку быстрее овладеть предметным опытом. В отечественной дефектологии получило широкое развитие и другое положение Л. С. Выготского — о необходимости наибольшей опоры на те сохранные функции, которые находятся в сензитивном периоде. Так, Л.И.Солнцева (1980) выделяют отдельные этапы в ранней коррекции слепых детей. На первом этапе компенсации делается опора на двигательный-кинестетический анализатор, на втором — привлекается интенсивно развивающаяся в этот период речь; охотно используя ее для привлечения внимания, ребенок овладевает большим запасом слов, целыми предложениями. Активная опора на сензитивный период развития речи способствует образованию предметных действий, освоению представлений об окружающем, развитию мышления.

Аномалии развития в связи с недостаточностью двигательной сферы.

В этиологии аномалий развития двигательной сферы ведущую роль играют различные генетические факторы, чаще обуславливающие негрубые варианты конституциональной недостаточности моторики, внутриутробные,

натальные и ранние постнатальные поражения центральной нервной системы. Особые формы аномалии развития моторной сферы наблюдаются при раннем детском аутизме. Тяжелые двигательные нарушения возникают и при поражении спинного мозга (в детском возрасте — чаще инфекционного происхождения — при заболевании полиомиелитом). Своеобразные нарушения моторного развития могут иметь место и при явлениях эмоциональной депривации.

Категория детей с **нарушениями функций опорно-двигательного аппарата** чрезвычайно широка. Каждая группа патологических состояний (заболевания нервной системы, врожденная патология опорно-двигательного аппарата, приобретенные заболевания, деформации и повреждения опорно-двигательного аппарата) насчитывает большое число вариантов врожденных, рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата, где ведущим является двигательный дефект.

В зависимости от причины и времени поражения (что позволяет относить эту категорию детей к *дефицитарному* либо *поврежденному* варианты развития) отмечаются самые разнообразные виды патологии опорно-двигательного аппарата. Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральным параличом (89 %) (*Левченко, Приходько, 2001*). На настоящий момент используется классификация форм детского церебрального паралича, разработанная К.А. Семеновой (1968), которая очень удобна в практической работе врачей, логопедов, педагогов-дефектологов, психологов.

Согласно этой классификации выделяют *пять форм* ДЦП:

- спастическая диплегия;
- двойная гемиплегия;
- гемипаретическая форма;
- гиперкинетическая форма;
- атонически-астатическая форма.

Не все эти варианты нарушений опорно-двигательного аппарата и в частности, ДЦП приводят к особенностям психического развития. Степень сформированности познавательной деятельности варьирует от условно-нормативной до выраженного недоразвития психических функций. В грубых случаях не представляется возможным оценить уровень развития той или иной психической сферы ребенка.

Особенности к л и н и ко - п а т о ф и з и о л о г и ч е с к о й структуры аномалий развития моторной сферы обусловлены недостаточностью различных отделов нервной системы. Так, при недостаточности подкоркового уровня организации движений наблюдаются нарушения тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений. При поражении же кортикального уровня страдают сила, точность движений, формирование предметных действий. Нарушение отдельных компонентов моторики по-разному влияет на общее психомоторное развитие ребенка [Озерцкий Н.И., 1938; Stambak M., 1963; Гезелл А., 1932; и др.].

Большое значение имеют нарушения тонуса, играющего ведущую роль в преднастройке движения, его стойкости, стабильности, эластичности, акцентуализации формы. При недостаточности тонической функции в раннем возрасте нарушается формирование ряда рефлексов, обеспечивающих удержание головы, сидение, стояние, сохранение позы. В более старшем возрасте нарушения мышечного тонуса оказывают отрицательное влияние на работоспособность, обучение. Как показал А. Валлон (1968), патологический гипотонус вызывает усталость рук, быстрое общее утомление, падение внимания. Патологический гипертонус с напряженностью позы, недостаточностью пластичности также ведет к быстрой утомляемости и снижению внимания; при письме из-за скованности движений линия не дотягивается до конца, поэтому буква распадается на отдельные элементы, нередко возникают явления микрографии. Фиксация внимания на преодолении технических трудностей письма ведет к грамматическим ошибкам.

Нарушения тонуса иногда связаны с патологическим состоянием аффективной сферы. В специальных исследованиях [Ribble M. A., 1943] была описана моторика детей с явлениями «госпитализма», находящихся в условиях тяжелой эмоциональной депривации. Динамика этих нарушений в начальных стадиях характеризовалась двигательной пассивностью, задержкой моторного развития; в тяжелых случаях в дальнейшем иногда возникали кататоноподобные расстройства. При стойких аффективных нарушениях в младенческом возрасте может иметь место и повышение моторного тонуса с «гиперактивностью», двигательной возбудимостью [Ajuriaguerra J., 1970].

Ряд двигательных расстройств, связанных с нарушениями темпа и ритма движений, как указывалось, также имеет преимущественно подкорковую локализацию. Ритмические разряды в виде ритмических раскачиваний головы и туловища, наблюдаемые у детей младшего возраста — чаще между 9 месяцами и 2 годами, еще являются показателем незрелости нервной системы и обычно связаны с утомлением и снижением уровня бодрствования. В патологии же такие ритмические разряды наблюдаются независимо от возраста. Они имеют место при тяжелой умственной отсталости, шизофрении. Они могут возникать и как проявления аффективно-двигательной аутоstimуляции в условиях психической депривации. Дефектность ритмической организации движений имеет

отрицательное значение для психического развития ребенка, так как в этих случаях замедляется формирование различного вида синергии, необходимых для выработки различных навыков, требующих автоматизации. При недостаточности подкорковых образований нередко нарушается и формирование автоматических движений. Страдает синхронность движений ног и рук при ходьбе, поворотах туловища, автоматичность защитных движений, формирование выразительных движений, в первую очередь мимических, насыщенных особым смыслом, метафоричностью и этим близких к речи.

Патология кортикального уровня движений формирует разнообразную симптоматику нарушений моторного развития, зависящую от локализации поражения. При повреждении ядерных зон сенсомоторных отделов будут страдать отдельные компоненты движения — его сила (парезы, параличи), точность и скорость. При патологии как премоторных, так и постцентральных отделов головного мозга наблюдаются нарушения целостных двигательных актов, объединенные общим названием апраксии. В норме, по мнению Н. А. Бернштейна (1990), премоторные системы работают как своеобразные посредники, устанавливающие и поддерживающие связь между кортикальной и экстрапирамидной системами. Такое своеобразие положения отражается на характере нарушений. При премоторном дефекте возникает дисфункция «кинетической мелодии» движения [Лурия А. Р., 2000]. Из плавного оно превращается в толчкообразное, дезавтоматизированное, состоящее из отдельных, не связанных друг с другом, элементов. При постцентральных нарушениях коры головного мозга наблюдается так называемая афферентная апраксия с недостаточностью коркового анализа кинестетических импульсов, выражающаяся в затруднениях выбора нужной комбинации движений [Лурия А. Р., 2000]. В детском возрасте отдельные стороны двигательной сферы еще находятся в процессе становления. Поэтому наблюдаются меньшие, чем у взрослых, четкость, локальность и изолированность нарушений. Чаще имеет место более диффузная симптоматика, сочетающая явления повреждения в двигательной сфере с ее недоразвитием. Как уже говорилось, к явлениям недоразвития относятся синкинезии: произвольные движения, сочетающиеся с произвольным и не связанные с ним по смыслу. Так, ребенок при попытке закрыть один глаз одновременно закрывает и второй; при движении пальцев одной руки возникают аналогичные движения в другой. Синкинезии наблюдаются у детей и в норме, но с возрастом они уменьшаются, особенно быстро между 8 и 14 годами. При различных видах патологии наблюдается их стойкое сохранение. Показателями общего недоразвития двигательной сферы являются недостаточные точность и стабильность движений и действий, их легкая «сбиваемость» под влиянием различных воздействий: шума, ограничения времени выполнения задания, смены орудия или материала.

Учитывая большое количество конституциональных вариантов особенностей моторики и физиологическую незрелость ряда ее компонентов в детском возрасте, экспериментально выявляемые особенности двигательной сферы, находящиеся на уровне негрубых отклонений, не обязательно указывают на патологический уровень расстройств. В этом отношении первостепенное значение имеет их сочетание с клиническими данными. При отсутствии клинических признаков патологии прогностическое значение отдельных экспериментальных данных имеет ограниченное значение. Так, в младшем детском возрасте специальное исследование часто обнаруживает расхождение доминантности по руке и глазу. По данным Р.Заззо [Zazzo R., 1960], у детей-правшей в 6-летнем возрасте это расхождение наблюдается в 69 % случаев, в 7—8 лет — в 21 %, в 9—10 лет — в 20 %. Однако при отсутствии признаков органического поражения нервной системы это явление не расценивается как патологическое; высокая пластичность здорового мозга обеспечивает компенсацию данного расхождения. Наличие же клинических признаков патологии нервной системы всегда вызывает опасения, что расхождение доминантности по руке и глазу в дальнейшем может явиться препятствием при обучении письму и чтению. В этом плане сложным и актуальным для детского возраста является вопрос коррекции левшества. При органической недостаточности левого полушария левшество нередко служит проявлением компенсаторной перестройки мозговых систем — передачи функций субдоминантному правому полушарию. В этих условиях переучивание детей с левой на правую руку может привести к нежелательным последствиям.

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

- 1) «моторная» {Г. Дюпре), или корково-ассоциативная [Валлон А., 1968], дебильность, которая связана преимущественно с недоразвитием пирамидной системы и проявляется в нарушениях мышечного тонуса, неловкости произвольных движений, синкинезиях. При кажущемся обилии движений наблюдаются бедность их комбинаций, слабая приспособленность к реальным задачам. Скудность и инертность мимики нередко находятся в контрасте с повышенным настроением;
- 2) «двигательный инфантилизм» [Гомбургер А., см.: Озерецкий Н. И., 1938], отражающий замедленную динамику моторного развития, в основе которого лежит неугасание некоторых рефлексов, свойственных раннему детству, запаздывание в развитии стояния, ходьбы, сидения;
- 3) экстрапирамидная недостаточность [Якоб К., см.: Озерецкий Н. И., 1938] с бедностью мимики, жестов, защитных и автоматических движений, недостаточностью их ритмичности;

4) фронтальная недостаточность [Гуревич М.О., см.: Озерцкий Н.И., 1938] с малой способностью выработки двигательных формул, высших автоматизмов, расторможенностью либо, наоборот, гиподинамией.

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

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

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

В клинической структуре детского церебрального паралича среди симптомов органического поражения мозга центральное место занимают двигательные нарушения; основными из них являются параличи и парезы, нарушения мышечного тонуса. Согласно классификации К. А. Семеновой (1972), выделяются следующие формы детского церебрального паралича, специфика клинической картины которых в значительной мере обусловлена разным характером поражения.

1. Спастическая диплегия (болезнь Литтля) — тетрапарез, при котором руки страдают значительно меньше, чем ноги. Поэтому дети часто могут обслужить себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Нарушения интеллектуального развития нередко незначительны, и многие из таких детей способны к обучению даже в массовых школах.
2. Двойная гемиплегия характеризуется тяжелым поражением всех конечностей, выраженной ригидностью мышц. Дети не могут даже сидеть. Интеллектуальное развитие большей частью на уровне олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности или даже идиотии.
3. Гиперкинетическая форма, при которой различные гиперкинезы могут сочетаться с параличами и парезами или выступать как самостоятельный вид расстройств. Интеллект в большинстве случаев развивается удовлетворительно.
4. Атонически-астеническая форма характеризуется парезами, низким тонусом мышц, мозжечковыми симптомами. К 3 — 5 годам при систематическом лечении дети овладевают возможностью произвольных движений. В половине случаев имеется олигофрения в степени дебильности и имбецильности.
5. Гемипаретическая форма — парезы одной стороны тела, тяжелее в верхней конечности. У 25 — 35 % детей наблюдается олигофрения.

Тяжесть недостаточности отдельных корковых функций в этих случаях делает клиническую картину олигофрении атипичной. У детей с церебральными параличами часто отмечается недостаточность целого ряда других нервно-психических функций, в значительной мере связанная именно с поражением двигательной сферы. В отечественной детской неврологии, психиатрии и дефектологии эти нарушения были изучены К.А.Семеновой, Е. М. Мастюковой и М.Я.Смугляном (1972) и др. Сюда прежде всего относятся нарушения развития речи, в большей мере обусловленные дефектностью ее моторного компонента. Основными из них считаются дизартрии разного характера и разной степени выраженности. Наблюдаются более позднее формирование моторной стороны речи, правильности произношения, запаздывание в появлении первых слов и фразовой речи, замедленное расширение словаря. В более тяжелых случаях речевых расстройств наблюдаются явления моторной алалии с общим недоразвитием всех сторон речи. Реже имеют место явления сенсорной алалии, при которой недоразвитие моторной стороны речи носит вторичный характер. Указанные виды речевых расстройств часто сочетаются друг с другом, однако каждый из них наиболее характерен для того или иного вида двигательных нарушений. В нарушении психического развития имеет значение и недостаточность пространственного гнозиса, связанная с поражением теменных отделов мозга и в определенной мере обусловленная нарушениями зрительного восприятия в связи с двигательными расстройствами (недостаточность фиксации взора, конвергенции и т.д.). У этих детей имеются трудности в формировании восприятия формы, в соотношении элементов в пространстве, в правильном восприятии пропорций и перспективы [Ажуриагуегга J., 1970]. Отмечаются недоразвитие представлений о схеме собственного тела [Семенова К.А. и др., 1972]; явления так называемой пальцевой агнозии: неспособность различать и обозначать свои пальцы [Ажуриагуегга J., 1970], иногда невозможность обозначать элементы лица. В связи с этим наблюдаются характерные особенности рисунка таких детей: неумение правильно изобразить лицо и руки. Указанные расстройства проявляются и в динамике психического развития детей с церебральными параличами. Так, в раннем возрасте из-за двигательных расстройств (трудностей при поворотах головы, приближении к интересующему предмету, его захвате и т.д.) страдает формирование ориентировочной реакции. Этому способствует и ограничение полей зрения в связи с нарушением моторного аппарата глаз, недоразвитием статокинетических рефлексов. Двигательная недостаточность

обуславливает недоразвитие предметных действий. В дошкольном возрасте обращает внимание недоразвитие игровой деятельности. Позже страдает формирование школьных навыков — счета, письма и чтения. Трудности в освоении математики в значительной мере обусловлены недостаточностью пространственных функций [Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смугляин М.Я., 1972]. Они проявляются в нечеткости распознавания графического изображения цифр, смещении математических знаков. Характерна замедленность в усвоении числа и его разрядного строения. Нередки затруднения в узнавании и воспроизведении геометрических фигур. Наблюдаются явления дисграфии в виде зеркальности, смещения сходных по написанию букв. В нарушении работоспособности большое значение имеют церебральные расстройства, однако расстройства внимания, трудности сосредоточения на задании могут быть также обусловлены и недостаточностью фиксации зора, затруднением в прослеживании за движущимися предметами. Тяжелые двигательные расстройства, нарушения ряда высших корковых функций, сопутствующие им явления психической истощаемости служат причиной задержки интеллектуального развития у многих детей с церебральными параличами. Эта задержка развития преодолевается специальной системой воспитания и обучения этих детей в соответствующих учреждениях. Таковы самые основные особенности когнитивного развития детей с церебральными параличами. •

В их эмоциональной сфере описывается склонность к невротическим и невротоподобным расстройствам, в первую очередь — к страхам (высоты, закрытых дверей, темноты, новой обстановки и т.д.), повышенной пугливости в отношении неожиданных раздражителей. Помимо вышеперечисленных отдельных эмоциональных расстройств детям с церебральными параличами нередко свойственна и задержка эмоционального развития в целом, которая, как правило, сочетается с вышеописанной задержкой интеллектуального развития. Проявления «органического инфантилизма» выступают в недостаточной дифференцированности эмоций даже в игровой деятельности — ее монотонности, слабости творчества, отсутствии инициативы и самостоятельности. Детский церебральный паралич является также удобной моделью для изучения роли дефицита двигательной сферы в формировании ряда отклонений развития личности. Важное место в формировании у этих детей патологических свойств личности по дефицитарному типу, связанному прежде всего с двигательной недостаточностью, принадлежит явлениям депривации и гиперопеки.

В результате двигательных ограничений, накладываемых болезнью, ребенок живет и развивается в пространственно весьма ограниченном мире. Это препятствует развитию многих видов взаимоотношений и взаимодействия со сверстниками и взрослыми. Ограниченность контактов нередко способствует аутизации, формированию эгоцентрических установок, пассивности. При воспитании в семье отмеченные особенности могут усиливаться и за счет гиперопеки, снижения требований к больному ребенку. В лечебных же учреждениях, где ребенок находится долго, при плохой организации воспитания и обучения может возникать эмоциональная депривация в виде явлений госпитализма [Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смугляин М.Я., 1972].

Система коррекционного воспитания и обучения, формирующая у больного ребенка чувство своей нужности и полезности, препятствует возникновению личностных образований, связанных с ощущением своей физической неполноценности. Анализ приведенных данных об аномалиях развития по дефицитарному типу показывает, насколько большое значение для тяжести и характера дефекта имеет локализация поражения. Здесь соотношения первичных и вторичных дефектов выступают наиболее демонстративно. Первичные дефекты анализаторов вызывают большой, иерархически построенный комплекс вторичных нарушений, начиная от недоразвития ряда отдельных функций, наиболее тесно связанных с первичным дефектом, и кончая сложными, социально обусловленными личностными образованиями. При наличии бесспорной специфики этой иерархии в зависимости от типа пораженного анализатора с очевидностью выступает уменьшение специфичности вторичного дефекта по мере отдаления от первичного. При отсутствии своевременной и адекватной коррекции неуклонно нарушается общее психическое развитие, как интеллектуальное, так и эмоциональное, обусловленное дефицитом информации вследствие первичного дефекта, затруднением коммуникаций с окружающим миром. Дефицитарное развитие служит показательной моделью для понимания связи между нарушением отдельных базальных функций и формированием сложных образований в личностной сфере, сочетающих явления недоразвития с рядом компенсаторных и гиперкомпенсаторных явлений. Для аномального развития дефицитарного типа при отсутствии либо недостаточности коррекции характерно, как указывалось, патологическое развитие личности, основным ядром которого служит психогенная реакция на свой дефект. Координатой основного нарушения является направление «снизу вверх». Однако, как указывалось, в неблагоприятных условиях может иметь место и координата недоразвития «сверху вниз»: усугубление первичного дефекта при отсутствии коррекции вторичных. Воздействие «сверху вниз» используется в коррекции. Определенной спецификой корригирующего воздействия при аномалии развития по дефицитарному типу помимо развития остаточных сохранных функций зрения, слуха, моторики является и направленная адресация к другим анализаторам с четкой задачей расширения их функциональных способностей, замещающих дефектную функцию. В структуре дефекта при аномалии развития по дефицитарному типу можно проследить и другие параметры дизонтогенеза. Так, например, при нарушении зрения явления изоляции отчетливо выступают в недостаточной связи речи и действия, явления генерализации — в диффузности этой связи между ними. Наблюдаются явления асинхронии развития: сочетание ретардации и акселерации (например, манипулятивный уровень игры при богатой речи у слепых). Характерны неустойчивость ряда функций, близко связанных с дефектной, легкое возникновение регрессивных тенденций. Тем не менее при сохранности

других анализаторов и интеллектуальных возможностей в целом может быть достигнут высокий уровень компенсации. При общемозговом же поражении в зависимости от его интенсивности аномалия развития, обусловленная дефектом данного анализатора, будет сочетаться с выраженным общим нарушением развития, либо функциональным — по типу своеобразной задержки психического развития, либо с более грубо органическим — по типу олигофрении.

Группа сочетанного (множественного, комплексного) дефекта, включает в себя детей с одновременным повреждением разных систем организма. Одновременное поражение нескольких функций внутри одной системы организма можно назвать осложненным дефектом (Основы специальной психологии, 2002).

В настоящее время мы используем классические подходы, изложенные еще в работах И.А. Соколянского и А.И. Мещерякова, согласно которым множественный дефект представляет собой не просто сочетание двух и более дефектов развития, а является качественно своеобразным, имеющим особую структуру, отличную от составляющих его аномалий. Соответственно, могут быть выделены различные причины эндогенного или экзогенного характера, приводящие к тому или иному варианту множественного дефекта.

Основными критериями выделения вариантов сложного дефекта являются:

- сочетанность нарушений;
- их выраженность;
- время (возраст) возникновения каждого из дефектов и/или их сочетания;
- одновременность или разновременность возникновения дефектов;
- уровень сформированности психических функциональных систем к моменту возникновения сложного дефекта или его составляющих.

Только по сочетанности нарушений выделяется более 20 вариантов множественной дефицитарности (Основы..., 2002). Это могут быть самые разные сочетания сенсорных, двигательных, речевых, интеллектуальных и аффективных нарушений.

Также возможны различные варианты одновременности или разновременности потери слуха и/или зрения, нарушений опорнодвигательного аппарата. Аналогично может быть рассмотрен и фактор времени возникновения подобного состояния, в соответствии с которым выделяются группы с множественной дефицитарностью – врожденной (раноприобретенной), проявившейся или приобретенной в более позднем возрасте (подростковом, юношеском, в зрелом). В последнем случае скорее всего можно говорить и о присоединившейся психической травме как еще одной составляющей комплексного дефекта.

Наиболее полный перечень возможных сочетаний приведен в учебном пособии «Основы специальной психологии» (2002). Отметим только, что, во-первых, необходимо учитывать условность подобного разделения и, соответственно, отнесения ребенка к той или иной категории, во-вторых – неоднозначность психического развития в такой ситуации, возможность перехода ребенка с комплексным дефектом из одной категории отклоняющегося развития в другую и соответственно изменения реабилитационных мероприятий и коррекционно-развивающей помощи.

Многообразие и нестабильность (динамизм) психического состояния, как отмечает Т.А. Басилова, является главной особенностью этой категории детей. Поэтому скорее всего ее следует рассматривать не как вид дефицитарного развития, но как отдельную смешанную группу, своего рода переходную между по крайней мере недостаточным, поврежденным и дефицитарным типами развития.

Поскольку мы не обладаем достаточным опытом работы с детьми с множественным, сочетанным дефектом, мы не можем в настоящий момент взять на себя ответственность и проанализировать этот тип развития в логике предлагаемого подхода.

9. Вопросы по теме занятия

1. Структура двигательного дефекта при детском церебральном параличе (ДЦП). Формы ДЦП и их характеристика
Компетенции: УК-5.2, УК-5.3
2. Возрастные особенности развития детей с нарушениями зрения.
Компетенции: УК-5.2, УК-5.3
3. Возрастные особенности развития детей с нарушениями слуха.
Компетенции: УК-5.2, УК-5.3
4. Классификации нарушений опорно-двигательного аппарата.

1) Отмечают различные виды патологии опорно-двигательного аппарата. 1. Заболевания нервной системы: · детский церебральный паралич · полиомиелит. 2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата: · врожденный вывих бедра, · кривошея, · косолапость и другие деформации стоп, · аномалии развития позвоночника (сколиоз), · недоразвитие и дефекты конечностей, · аномалии развития пальцев кисти, · артрогрипоз (врожденное уродство). 3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: · травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей, · полиартрит, · заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), · системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. Основные критерии выделения дефицитарного типа развития, виды дефицитарного развития

1) Основным критерием выделения этого типа отклоняющегося развития является возникшая в раннем возрасте (или даже пренатально) недостаточность отдельных анализаторных систем (или их сочетание) или центрального звена обеспечения двигательного развития (например, нарушения опорно-двигательного аппарата, возникшие при детском церебральном параличе). Все разнообразие дефицитарного развития представлено следующими видами : · Дефицитарность дистантных анализаторных систем. · Дефицитарность опорно-двигательного аппарата. · Сочетанная (множественная) дефицитарность. · Дефицитарность иных функциональных систем. В свою очередь, дефицитарность дистантных анализаторных систем подразделяется на варианты: · дефицитарность слухового восприятия; · дефицитарность зрительного восприятия. А дефицитарность опорно-двигательного аппарата (ОДА) включает в себя такие варианты, как: · детский церебральный паралич (ДЦП); · иные нарушения опорно-двигательного аппарата (нецентрального характера), произошедшие в пренатальном или раннем возрасте.;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. РАЗДЕЛ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ, КОТОРЫЙ ИЗУЧАЕТ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ ЛЮДЕЙ, ПУТИ И СПОСОБЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ:

- 1) олигофренопсихология;
- 2) тифлопсихология;
- 3) сурдопсихология;
- 4) логопсихология;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. РАЗДЕЛ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ, ИЗУЧАЮЩИЙ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА, ПУТИ И СПОСОБЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ:

- 1) тифлопсихология;
- 2) олигофренопсихология;
- 3) сурдопсихология;
- 4) логопсихология;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. К ДЕФИЦИТАРНОМУ ТИПУ РАЗВИТИЯ ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ С:

- 1) ДЦП;
- 2) СДВГ;
- 3) аутизмом;
- 4) шизофренией;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. ДЕТЕЙ С ЧАСТИЧНЫМ НАРУШЕНИЕМ СЛУХА, ПРИ КОТОРОМ ВОЗМОЖНО САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ХОТЯ БЫ В МИНИМАЛЬНОЙ СТЕПЕНИ ОТНОСЯТ К КАТЕГОРИИ:

- 1) слабослышащих;
- 2) глухих;
- 3) немых;
- 4) позднооглохших;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. ЗАМЕДЛЕННАЯ ДИНАМИКА МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖИТ НЕУГАСАНИЕ НЕКОТОРЫХ РЕФЛЕКСОВ, СВОЙСТВЕННЫХ РАННЕМУ ДЕТСТВУ, ЗАПАЗДЫВАНИЕ В РАЗВИТИИ СТОЯНИЯ, ХОДЬБЫ, СИДЕНИЯ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- 1) корково-ассоциативной дебильности;
- 2) экстрапирамидной недостаточности;
- 3) фронтальной недостаточности;

4) двигательного инфантилизма;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Согласно классификации К.А. Семеновой выделяют пять форм ДЦП: • спастическая диплегия; • (1) _____; • гемипаретическая форма; • гиперкинетическая форма; • (2) _____.

Вопрос 1: Допишите;

1) 1) - «двойная гемиплегия»; (2) - «атонически-астатическая форма»;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. 1) Глухие (неслышащие) дети - это _____

_____. 2) Слабослышащие дети - это _____

Вопрос 1: Дайте определение следующим понятиям;

1) 1) дети, нарушение слуха которых не позволяет естественно воспринимать речь и самостоятельно овладеть ею. В зависимости от состояния речи среди глухих выделены дети; 2) дети с частичным нарушением слуха, при котором возможно самостоятельное речевое развитие хотя бы в минимальной степени.;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

12. Примерная тематика НИРС по теме

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- дополнительная:

Неретина, Т. Г. [Специальная педагогика и коррекционная психология](#) : учеб.-метод. комплекс / Т. Г. Неретина. - 4-е изд., стер. - М. : Флинта , 2019. - 376 с. - Текст : электронный.

1. **Тема № 18.** Искаженное развитие. (Компетенции: УК-5.2, УК-5.3)

2. **Разновидность занятия:** дискуссия

3. **Методы обучения:** Не указано

4. **Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о нарушениях психического развития в детском возрасте как о науке, понимания специфичности и уникальности психологического знания, закрепление базовых предметных категорий, позволяющее включаться в профессиональное сообщество, формирование профессиональной ментальности, становление профессиональной позиции

5. **Цели обучения**

- обучающийся должен знать , уметь , владеть

6. **Место проведения и оснащение занятия:**

7. **Структура содержания темы** (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний, умений	10.00	Тестирование
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Обсуждение докладов по теме занятия. Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа	15.00	Дискуссия по вопросам к теме и обсуждение рефератов. Решение ситуационных задач
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тестирование
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия, и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

8. **Аннотация** (краткое содержание темы)

Искаженное психическое развитие - неравномерное развитие психики с нарушением преимущественно социального, межличностного восприятия и коммуникации; тип дизонтогенеза, при котором наблюдаются сложные сочетания общего психического недоразвития с задержанным, поврежденным и ускоренным развитием отдельных психических функций, что приводит к своеобразию качественных новообразований.

Сам термин искаженное развитие, как уже отмечалось выше, появляется в работах отечественных психиатров в 40-50-х годах прошлого столетия и далее, уже как основание специфического варианта дизонтогенеза, приводится в одной из первых книг по клинической психологии, посвященных типологизации вариантов психического дизонтогенеза (Лебединский, 1985). Основным показателем искаженного развития и его отличием от дисгармоничного психического развития является не столько существенно большая выраженность асинхронии развития отдельных функций, психических сфер, сколько специфическое искажение всех адаптационных и приспособительных систем поведения, что в первую очередь сказывается на адаптации ребенка в социальной среде - в кругу семьи, сверстников, в образовательных организациях и т. д. В основе дизадаптации лежат специфические для данного вида отклоняющегося развития механизмы формирования всех психических сфер, функциональных систем и процессов.

Системообразующим показателем этого вида асинхроний является нарушение онтогенетической последовательности формирования каждой психической сферы и всей иерархии - фактически искажение этой последовательности, что, как нам кажется, и было в свое время подмечено отечественными психиатрами и психологами. Подобные искажения в разных сочетаниях и с разной степенью выраженности (для различных вариантов и форм искаженного развития) характерны для всех выделяемых нами базовых сфер психического - регуляторно-волевой, когнитивной и аффективно-эмоциональной, - а также и для анализаторной сферы. Поскольку основной функцией аффективно-эмоциональной сферы является проработка всей системы отношений субъекта с социумом и с окружающей средой (в соответствии с методологией школы К.С. Лебединской - О.С. Никольской), то в данном случае нарушения в аффективно-эмоциональной сфере будут играть основную роль и в структуре искаженного развития. Две другие области психического - когнитивная и регулятивная сферы - также будут демонстрировать в большей или меньшей степени феномены искажения. Это связано как с собственными особенностями формирования этих сфер в условиях данного вида отклоняющегося развития, так и с их теснейшим взаимодействием с аффективно-эмоциональной сферой и ее модулирующим влиянием. Можно говорить и об искажении всей анализаторной сферы, включая искажения порогов чувствительности, а также о влиянии

аффективно-эмоциональной сферы как «ядра» этого расстройства и на анализаторную сферу в целом. Подобное распространение механизма и самого понятия «искажение» на все сферы психического отвечает представлениям о первазивности (всеобъемлемости) этого расстройства и позволяет принципиально выделить его в континууме всех видов отклоняющегося развития. Другим не менее важным показателем, характерным для этого вида асинхронии, является динамика нарастания негативных проявлений, в том числе утрат и искажений во всех психических сферах. В психиатрии этот факт обозначается термином прогрессивность. Подобная негативная динамика, как будет показано далее, имеет разную степень выраженности, разное время начала и продолжительность. Мы рассматриваем характер динамики как один из критериев разграничения форм в рамках того или иного варианта искаженного развития.

Ряд зарубежных исследователей [Rutter M., 1980] пытаются объяснить разнообразные проявления раннего детского аутизма нарушениями определенных психофизиологических механизмов: первичным снижением витального тонуса, нарушением уровня бодрствования и т. д. Многочисленные данные о роли патологии восприятия (дефектности дистантного восприятия при сохранности контактного; низких, а по другим сведениям — высоких сенсорных порогов) предполагают парадоксальность реакций на сенсорные раздражители: в условиях чрезмерной сенсорной чувствительности («недостаточной фильтрации стимулов»)

Присутствует гиперкомпенсаторный механизм защиты, который обуславливает дефицит информации и вторично — явления психической депривации.

В контексте теории системной динамической локализации высших психических функций Л.С. Выготского – А.Р. Лурии представлена нейропсихологическая модель аутизма. Нейропсихологическое обследование детей и подростков с различными вариантами аутистических расстройств (Манелис, 2000; Микадзе, 2008; Строганова, 2014) указывает на целый комплекс «недостаточностей» различных мозговых систем, включая функциональную недостаточность задних отделов правого полушария, несформированность межполушарных взаимодействий, невыраженную специализацию полушарий, снижение активности зеркальных нейронов в нижней фронтальной извилине, структурные изменения в мозжечке, легкие функциональные нарушения стволовых структур мозга и другие (цит. по: Горячева, Никитина, 2018, с. 12-13). С учетом этих представлений Т.Г. Горячева и Ю.В. Никитина (2018) взяли за основу четырехуровневую модель и классификацию аутистических нарушений в зависимости от ведущего уровня развития психики как способа взаимодействия с внешним миром. Основаниями их классификационной систематики являются закономерности периодизации психического развития, смена иерархии элементов и межсистемных перестроек. В рамках предлагаемой методологической модели авторами декларируется «застывание», «фиксация» психического развития на определенном этапе онтогенеза и проводится аналогия между спецификой феноменологии нарушения и соответствующим данному этапу уровнем развития психики. К этим уровням, лежащим и в основе выделения групп аутистических расстройств, относятся:

1. Сенсорный уровень развития психики, задачей которого является поддержание внутреннего гомеостаза.
2. Перцептивный уровень, деятельность которого направлена на выработку оптимального набора штампов и автоматизмов.
3. Уровень телесно-пространственного анализа, задачей которого является целостное овладение как внутренним, так и внешним пространством.
4. Эмоционально-волевой уровень развития психики, задачей которого является развитие уже не вертикальных, а горизонтальных межполушарных связей.

Особенности искаженного функционирования каждого из них (в рамках целостного и столь же искаженного мозгового обеспечения развивающихся психических сфер) будет приводить к тому или иному феноменологическому «ландшафту» в спектре аутистических расстройств.

Многие, даже основные проявления раннего детского аутизма могут быть расценены в этом смысле как вторичные, возникающие в процессе психического дизонтогенеза.

Классификация DSM-5 базируется на четких критериях, образующих «номенклатуру» психических расстройств вместе с обширным пояснительным текстом. В данное руководство разработанное и опубликованное Американской Психиатрической Ассоциацией (American Psychiatric Association) к расстройству аутистического спектра относится:

- аутизм (синдром Каннера);
- синдром Аспергера;
- детское дезинтегративное расстройство;
- неспецифическое первазивное нарушение развития.

Оно включает следующие критерии диагностики:

во-первых, это устойчивые дефициты в социальной коммуникации и социальном взаимодействии в различном контексте, проявляющиеся в настоящий момент или имеющиеся в анамнезе,

во-вторых ограниченность, повторяемость в структуре поведения, интересах или деятельности и в-третьих оценивается степень тяжести нарушения социального взаимодействия и ограниченных, повторяющихся моделях поведения.

В настоящее время согласно международной классификации болезней МКБ-10, к собственно аутистическим расстройствам относятся:

- детский аутизм (F84.0) (аутистическое расстройство, инфантильный аутизм, инфантильный психоз, синдром Каннера);
- атипичный аутизм (с началом после 3 лет) (F84.1);
- синдром Ретта (F84.2);
- синдром Аспергера - аутистическая психопатия (F84.5);

Синдром Каннера.

Для синдрома Каннера в строгом смысле слова характерно сочетание следующих основных симптомов:

- 1) невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни;
- 2) крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;
- 3) недостаточность коммуникативного использования речи;
- 4) отсутствие или недостаточность зрительного контакта;
- 5) страх изменений в окружающей обстановке ("феномен тождества", по Каннеру);
- 6) непосредственные и отставленные эхолалии "граммофонная или попугайная речь", по Каннеру);
- 7) задержка развития "Я";
- 8) стереотипные игры с неигровыми предметами;
- 9) клиническое проявление симптоматики не позднее 2-3 лет.

В поле зрения специалистов ребенок обычно попадает не ранее 2-3 лет, когда нарушения становятся достаточно явными. Но и тогда родители часто затрудняются в определении нарушений, прибегая к оценочным суждениям: "Станный, не такой как все". Нередко истинная проблема маскируется более понятными для родителей мнимыми или реальными нарушениями — например, задержкой речевого развития или нарушениями слуха.

Ретроспективно нередко удается выяснить, что уже на первом году ребенок:

- слабо реагировал на людей,
- не принимал позу готовности при взятии на руки, а взятый был необычно пассивен ("как мешочек с песком"),
- боялся бытовых шумов (пылесоса, кофемолки и т. д.), не привыкая к ним со временем,
- обнаруживал необычайную избирательность в еде, отказываясь от пищи определенного цвета или вида.

Для некоторых родителей такого рода нарушения становятся очевидными лишь задним числом при сравнении с поведением второго ребенка.

Синдром Аспергера.

Как и при синдроме Каннера, наблюдаются: коммуникативные нарушения, недоучет реальности, ограниченный и своеобразный, стереотипный круг интересов, отличающие таких детей от сверстников.

Поведение определяют: импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления; нередко поведению недостает внутренней логики.

У некоторых детей рано обнаруживается способность к необычному, нестандартному пониманию себя и окружающих.

Логическое мышление сохранено или даже хорошо развито, но знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны.

Активное и пассивное внимание неустойчивы, однако отдельные аутистические цели достигаются с большой энергией.

В отличие от других случаев аутизма нет существенной задержки в речевом и когнитивном развитии.

o Во внешнем виде обращает на себя отрешенное выражение лица, что придает ему "красивость", мимика застывшая, взгляд обращен в пустоту, фиксация на лицах мимолетная.

o Выразительных мимических движений мало, жестикуляция обеднена.

o Иногда выражение лица сосредоточенно-самоуглубленное, взгляд направлен "внутри себя".

o Моторика угловатая, движения неритмичные, тенденцией к стереотипиям.

o Коммуникативные функции речи ослаблены, а сама она необычно модулирована, своеобразна по мелодике, ритму и темпу, голос звучит то тихо, то режет слух и в целом речь нередко похожа на декламацию. Отмечаются тенденция к словотворчеству, иногда сохраняющаяся и после пубертата.

o Неспособность к автоматизации навыков и их реализации вовне, влечение к аутистическим играм.

o Характерна привязанность к дому, а не к близким.

Синдром Ретта.

Синдром Ретта начинает проявляться в возрасте 8-30 мес. исподволь, без внешних причин, на фоне нормального (в 80 % случаев) или незначительно задержанного моторного развития. Появляется отрешенность, утрачиваются уже приобретенные навыки, приостанавливается развитие речи, в течение 3-6 мес. наблюдается полный распад ранее приобретенного речевого запаса и навыков. Тогда же возникают насильственные движения "моющего типа" в кистях рук. Позднее утрачивается способность к удержанию предметов, появляются атаксия, дистония, мышечные атрофии, кифоз, сколиоз. Жевание заменяется сосанием, расстраивается дыхание. В трети случаев наблюдаются эпилептиформные приступы.

К 5-6 годам тенденция к прогрессированию расстройств смягчается, возвращается способность к усвоению отдельных слов, примитивной игре. Но затем прогрессивность болезни вновь нарастает. Наблюдается грубый прогрессирующий распад моторных навыков, иногда даже ходьбы, свойственный конечным этапам тяжелых органических заболеваний ЦНС.

У детей с синдромом Ретта на фоне тотального распада всех сфер деятельности наиболее длительно сохраняются эмоциональная адекватность, привязанности, соответствующие уровню их психического развития. В дальнейшем развиваются тяжелые двигательные нарушения, глубокие расстройства статики, утрата мышечного тонуса, глубокое слабоумие. К сожалению, современная медицина и педагогика не в состоянии помочь детям с синдромом Ретта. Ученые вынуждены констатировать, что это самое тяжелое нарушение среди РАС, не поддающееся коррекции.

Атипичный аутизм.

Расстройство сходное с синдромом Каннера, однако отсутствует хотя бы один из обязательных диагностических критериев. Для атипичного аутизма характерно: достаточно отчетливые нарушения социального взаимодействия, ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение, тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития проявляется в возрасте после 3-х лет.

Чаще возникает у детей с тяжёлым специфическим расстройством развития рецептивной речи или с умственной отсталостью.

Классификации МКБ-10 и DSM-5, и описанные в них диагностические критерии используются в медицинской практике врачами психиатрами для постановки диагноза.

Также были разработаны классификации, которые чаще всего используются психологами, педагогами и дефектологами.

Особого внимания заслуживает *классификация К. С. Лебединской*, которая выделяет пять его вариантов:

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

В 1989 году в Научно-исследовательском центре психического здоровья была разработана своя *клиническая классификация РДА (Башина, Козлова, Ястребов, Симашкова и др., 1989)*, которые также использовали этиопатогенетический подход:

- Синдром раннего инфантильного аутизма Каннера (классический вариант РДА).
- Аутистическая психопатия Аспергера.
- Эндогенный, постприступный (вследствие приступов шизофрении) аутизм.
- Резидуально-органический вариант аутизма.
- Аутизм при хромосомных аберрациях.
- Аутизм при синдроме Ретта.
- Аутизм неясного генеза.

Классификация О. С. Никольской, Е. Р. Баенской и М. М. Либлинга (1997), построенная с учетом степени тяжести аутистических проявлений и ведущего патопсихологического синдрома.

Авторами были выделены четыре группы:

Дети первой группы характеризуются наиболее глубокой аффективной патологией. Их поведение носит полевой характер. Они мучительны, не только не владеют формами контакта, но и не испытывают потребности в нем. У них наблюдается почти полное отсутствие навыков самообслуживания. Эта группа детей имеет наихудший прогноз развития и нуждается в постоянном уходе. В раннем возрасте у детей этой группы наблюдается выраженное нарушение активности, дискомфорт. Они проявляют беспокойство, у них отмечается неустойчивый сон. Аутизм у детей этой группы максимально глубокий: он проявляется в виде полной отрешенности от происходящего вокруг. В связи с этим авторы выделяют отрешенность от внешней среды как ведущий патопсихологический синдром.

Дети второй группы отличаются более целенаправленным поведением. Спонтанно у них вырабатываются самые простейшие стереотипные реакции и речевые штампы. Прогноз развития у этой группы лучше, чем у предыдущей. При адекватной длительной коррекции дети могут освоить навыки самообслуживания и элементарного обучения. Ведущим патопсихологическим синдромом в данной группе детей с РДА является отвержение окружающей реальности.

Дети третьей группы характеризуются большей произвольностью в поведении. В отличие от детей первой и второй групп, они имеют более сложные формы аффективной защиты, что проявляется в формировании патологических влечений, в компенсаторных фантазиях. У детей этой группы более высокий уровень развития речи. При адекватной коррекции они могут быть подготовлены к обучению во вспомогательной школе. Ведущим патопсихологическим синдромом у них является замещение с целью противостояния аффективной патологии.

Дети четвертой группы характеризуются менее глубоким аутистическим барьером, меньшей патологией в аффективной и сенсорной сферах. В их статусе на передний план выступают невротоподобные расстройства, что проявляется в тормозимости, робости, пугливости, особенно при контактах. Основным патопсихологическим синдромом является повышенная ранимость при взаимодействии с окружающими. У детей этой группы наблюдается развернутая, менее штампованная речь, сформированы навыки самообслуживания. При адекватной психологической коррекции они могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

В целом все описанные выше классификации аутистических симптомов у детей в своей основе содержат этиологические факторы и клинические проявления и, по сути, содержательно не отличаются друг от друга. Вероятно, следующим шагом будет создание классификации аутизма в детском возрасте с учетом и этиопатогенетических, и клинических, и психолого-педагогических факторов.

В DSM-5 все таксономические единицы заменены обобщенным понятием «Расстройства аутистического спектра», предложенным также L. Wing (1997). Пожалуй, она была единственным зарубежным автором, предложившим наряду с понятием спектра краткое описание симптоматики с выделением трех простых групп внутри него: «отстраненных», «пассивных» и «причудливо активных» (Wing, 1997) (в дальнейшем была присоединена и четвертая группа «с формальным, негибким контактом, высокопарной и формальной манерой взаимодействия как с членами семьи и друзьями, так и с незнакомыми людьми»). Примечательно, что отдельные группы L. Wing очень похожи на описанные О.С. Никольской третью и четвертую группы раннего детского аутизма, а первая («отстраненные») объединяет симптоматику первой и второй групп Никольской. На основании критериальной модели L. Wing в рамках единого спектра расстройства предлагается выделение «дополнительно уточняющих» спецификаторов: с/без умственной отсталости; с/без нарушений речи; есть ли связь с медицинским состоянием, генетикой или фактором окружающей среды; есть ли связь с другими заболеваниями неврологического характера, умственными и поведенческими расстройствами; с/без кататонии. Также DSM-5 выделяет три уровня нуждаемости в сопровождении и поддержке (в зависимости от выявляемой тяжести состояния): от минимальной потребности в сопровождении (уровень 1) – до максимальной (уровень 3). На этом таксономизация заканчивается. Одновременно с подобными нозологическими построениями юридически пока еще действующей МКБ-10 и все более распространяющихся идей DSM-5 (в том числе и по общественному запросу на исключение стигматизирующих диагнозов) все профессиональное сообщество использует разделение на «высокофункциональный» и «низкофункциональный» аутизм, введенные К. Feather. В практической деятельности эти определения широко используются, хотя нигде нет соотнесения официальной нозологии и этих понятий. Нам кажется важным провести дополнительные связи между этими общеупотребляемыми и закрепившимися даже в профессиональной квалификации терминами и различными группировками искажений развития в рамках нашего типологического подхода.

Напомним, что отклоняющееся развитие этого вида включает 4 варианта, но в целом его можно подразделить на две принципиально различные категории – условно говоря, эволютивный и регрессивный аутизм. К первой категории (эволютивный аутизм) относится один из выделенных нами вариантов – искажение развития по типу раннего детского аутизма; основной критерий ее выделения – искажения практически с рождения и общий положительный градиент развития. А ко второй категории (регрессивный аутизм) – три оставшихся варианта искажений развития, объединенные тем, что у них есть период условно нормативного развития, после которого отмечается начало негативных изменений.

1. Искажение развития по типу раннего детского аутизма (эволютивный аутизм). Основными критериями выделения эволютивного аутизма является присутствие искажений начиная с младенческого возраста, отсутствие регрессивных проявлений и, следовательно, медленный, но положительный градиент психического развития в целом (в особенности при адекватной психолого-педагогической коррекции). Это и позволяет говорить о пусть и предельно медленной, но позитивной эволютивности развития: развитие в целом не имеет негативной динамики и регрессивных проявлений.

Этот вариант включает формы, в основе выделения которых лежат группы РДА (от 1-й до 4-й – в соответствии с функционированием четырехуровневой системы аффективной организации поведения и сознания), предложенные О.С. Никольской (1985, 1987). Такое погрупповое определение дизонтогенетических форм требует от специалиста хорошей методологической подготовки в области клинической психологии, достаточно глубокого знания модели аффективной организации и понимания функционирования всех системноорганизованных уровней. Нам кажется, что для практического применения важно и целесообразно зафиксировать в названиях форм этого варианта характерные для них специфические содержательные особенности поведения и развития, зависящие от уровня дизадаптации.

1. Искажения развития с тяжелыми нарушениями коммуникации и автономностью (соответствует 1-й группе РДА).
2. Искажения развития с выраженными проблемами поведения и стереотипиями (соответствует 2-й группе).
3. Искажения развития с нарушениями границ взаимодействия и неравномерностью развития (соответствует 3-й группе).
4. Искажения развития с неравномерной недостаточностью развития и трудностями коммуникации (соответствует 4-й группе).

У всех форм этого варианта в отдельных случаях могут появляться элементы регрессивности, однако регрессивность не является специфичным показателем для этой категории. Регрессивные проявления могут быть связаны с ухудшением состояния вследствие изменений условий: переезды, начало посещения образовательной организации, смена няни и пр. Как правило, они принципиально обратимы и исчезают, когда происходит адаптация ребенка к изменениям, если только они не являются для ребенка сверхсильными.

1. Как мы уже отмечали, три варианта искаженного развития объединены в большую и разнородную категорию искажений развития регрессивного характера с различным временем начальных проявлений и различной

регрессивной/негативной динамикой. Она характеризуется в первую очередь тем, что есть период условно нормативного развития, пусть и достаточно короткий, после которого отмечается начало негативных изменений аффективно-эмоциональной и регуляторно-волевой сфер, а в ряде случаев и когнитивной сферы разной степени выраженности. В совокупности с эволютивностью развития это дает различную результирующую: от преобладания эволютивности при малой негативной (малопрогрессирующей) динамике болезненного процесса до отсутствия позитивных признаков развития и (в наиболее тяжелых случаях) полного преобладания деструктивного дефекта. Эта категория включает следующие варианты искаженного развития:

2. Искажения развития с ранним регрессом. В этих случаях момент начала регрессивных изменений отмечается очень рано, в возрасте от 1-1,5 лет до 2-2,5 лет. У разных форм раннего регресса будет наблюдаться различная степень выраженности утрат коммуникаций, речи и других компонентов психического, разная длительность этого состояния с разной степенью выраженности утрат на «выходе» из него. Выделяются следующие формы: - простой регресс со стереотипиями; - регресс с хаотическим возбуждением; - регресс с дезорганизацией и полевым поведением; - регресс с низким психическим тонусом, вялостью и апатией.
3. Искажения развития с негативной динамикой. Как видно из названия, для этого варианта характерна различная по степени выраженности преобладающая негативная динамика, при которой могут наблюдаться как дефициты, так и определенные утраты в когнитивной и/или эмоциональной и регулятивной сферах (в зависимости от градиента негативности развития). Но в этом случае регрессивные проявления нарастают постепенно, нет быстрых и очевидных утрат. Прогностически значимым критерием этого варианта являются характер и степень нарушения речевой деятельности - как ее экспрессивной стороны, так и (что более важно для прогноза) понимания речи. Здесь выделяются две формы: - с малой негативной динамикой и преимущественно эмоциональными утратами; - с выраженной негативной динамикой, с эмоциональными и когнитивными дефицитами.
4. Искажения развития с относительно поздним началом. Основными критериями здесь также являются возраст начала и динамика феноменов искажений. Есть достаточно долгий (как минимум до 3-4 лет) период условно нормативного развития. До этого возраста успевают развиваться все психические сферы, и синдром аутизма не формируется. В дальнейшем восприятие и мышление искажаются, а не регрессируют. Но все психические сферы с годами демонстрируют негативную динамику. При этом динамика нарастания утрат и искажений может быть достаточно разнообразной. Этот вариант не дифференцируется на отдельные формы, поскольку эта категория расстройств всегда выделялась и в отечественной, и в зарубежной литературе как вариант процессуального заболевания и подробно описана.

Первые признаки аутизма.

Уже в первые месяцы после рождения у ребенка часто имеется пониженный психический и мышечный тонус.

Он необычайно спокойный, вялый и безучастный к окружающему.

Плохо отличает (или вовсе не отличает) мать от окружающих.

Он не тянется на руки, а оказавшись на руках, не вписывается в руки взявшего его человека.

Он не улыбается, а если иногда у него и появляется улыбка, то она без адреса, обращена в пространство.

У него отсутствует или слабо выражена эмоциональная синтонность с матерью и окружающими.

Взгляд ребенка обращен в пространство, он не реагирует или недостаточно реагирует на звук человеческого голоса.

У родителей поэтому часто возникают подозрения в нарушении слуха и зрения. Хотя нередко такие дети прислушиваются к шуршанию бумаги, тиканию часов или присматриваются к солнечному зайчику, ползущему по стене. Некоторые из них при этом испытывают страх.

Симптомы делятся на три категории:

- Социальные взаимодействия и отношения. Например, ребенок избегает зрительного контакта. Аутистам сложно понимать чувства других людей, например, боль или грусть.
- Вербальная и невербальная коммуникация. Например, ребенок не разговаривает. Или без конца произносит одну и ту же фразу.
- Ограниченные интересы. Например, маленькие дети часто играют с одной частью игрушки, а не с игрушкой целиком. Дети постарше или взрослые могут страстно интересоваться одной узкой темой, например, коллекционными карточками или номерными знаками.

Также ребенок может пройти обследование слуха и прочие подобные тесты, чтобы выяснить, не вызваны ли

отклонения другими заболеваниями.

Клинико-психологическая структура стойких форм раннего детского аутизма различного генеза имеет общие радикалы, выраженные в большей или меньшей степени. Поэтому их изучение, поиски психолого-онтогенетических закономерностей правомерны, несмотря на различие этиологии. В этом плане существует бесспорная аналогия с другими аномалиями развития, этиология которых также имеет широкий диапазон, включающий наследственные и экзогенно-органические причины. Аутизм, как это видно из названия синдрома, является основным, стержневым образованием, во многом определяющим клинико-психологическую структуру этой аномалии развития. Он проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов с окружающими, «уходе в себя», в свой внутренний мир, наполненность и характер содержания которого зависят от уровня интеллектуального развития, возраста ребенка, особенностей течения заболевания. Слабость либо отсутствие контактов наблюдается по отношению как к близким, так и к сверстникам. Аутичный ребенок, будучи дома с родными или в детском коллективе, большей частью ведет себя так, как будто находится один: он смотрит мимо, не отзывается на зов, не обращает внимания на действия других. Он играет один или «около» детей, нередко разговаривает сам с собой, а чаще молчит. Все его проявления вовне, даже игра, скупы, а в тяжелых случаях ограничиваются бедным набором стереотипных движений и мимики.

СЕНСОРНАЯ СФЕРА

Характерна болезненная гиперестезия к обычным сенсорным раздражителям: тактильным, температурным, свету, звукам. Обычные краски действительности для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующие. Поэтому окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, для аутичного — источник постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта. Ребенок, как в скорлупу, «уходит» в свой внутренний мир от чрезмерных раздражителей. Болезненная гиперестезия и связанный с ней эмоциональный дискомфорт способствуют возникновению чувства неуверенности и становятся благоприятной почвой для возникновения страхов. Как показали данные специальных экспериментально-психологических исследований [Лебединский В. В. и др., 1972], страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. Как правило, дети сами не жалуются на страхи. Но при налаживании контакта выясняется, что многие обычные окружающие предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, звук ветра), некоторые люди вызывают у них постоянное чувство страха. Страхи, пережитые в прошлом, сохраняются длительно, иногда годами, и нередко становятся причиной поведения, воспринимаемого окружающими как нелепое. Наполненность окружающего мира предметами, которых ребенок боится, часто неожиданно раскрывается в процессе игротерапии. Выясняются и более сложные формы страхов: смерти и в то же время жизни, боязнь окружающего в связи с ощущением своей несостоятельности. Чувство страха вызывает все новое — отсюда стремление к сохранению привычного статуса, неизменности окружающей обстановки, перемена которой нередко воспринимается как нечто угрожающее, вызывая бурную реакцию тревоги на самые незначительные попытки изменения привычного существования: режима, перестановки мебели, даже смены одежды. С состояниями страхов связаны различные защитные действия и движения, носящие характер ритуалов. Аутистические страхи искажают, деформируют предметность восприятия окружающего мира. В специальном экспериментальном исследовании, проведенном под нашим руководством Г. Ханиной, было показано, что аутичные дети воспринимают окружающие предметы не целостно, а на основании отдельных аффективных признаков. Детям предлагался набор признаков, на основании которых нужно было угадать, какой предмет задуман экспериментатором. Давались два набора признаков: первый определял предмет однозначно, второй содержал взаимоисключающие признаки. Здоровые и больные дети правильно решали первую задачу. Однако при решении второй задачи результаты были иными: здоровые дети, указывая на противоречия в предлагаемых признаках, отказывались от решения; больные же не замечали его и решали задачу на основе отдельных аффектогенных признаков, большей частью эмоционально окрашенных отрицательно.

Уже с раннего детства отмечается сенсорная и эмоциональная гиперестезия: даже в младенческом возрасте дети отрицательно реагируют на яркие игрушки, страдают от громких звуков, прикосновений одежды. Сначала эта чувствительность приводит к чрезмерной ориентировочной реакции, состоянию возбужденности. В дальнейшем она как бы истощается, внимание ребенка становится трудно привлечь, он мало или совсем не реагирует на обращение, игрушку, что иногда приводит к ложным опасениям в отношении слепоты или глухоты. К 2,5—3 годам часто нарастают стереотипные двигательные разряды, появляются однообразные аутистические игры. В 3—5 лет аутичный ребенок может быть еще не приучен к опрятности, к элементарным навыкам самообслуживания. Такие дети могут быть чрезвычайно избирательны в еде и в то же время брать в рот несъедобное.

Нарушения в сенсорной сфере оказывают тормозящее влияние на все стороны психического развития аутичного ребенка. В младенческом возрасте в результате этих нарушений возникают искажения в восприятии ключевых сигналов, запускающих в норме адаптивные формы поведения. В результате страдает поведение привязанности, которое у аутистов формируется в условиях высокого стресса (в норме — низкого) и поэтому не выполняет своей главной функции — не дает ребенку чувства безопасности. Одним из показателей недостаточности этого чувства у аутичных детей служит фиксация симбиотической связи с матерью — тревога и страх даже при кратковременной

разлуке с ней. Реже наблюдается другой вариант — отсутствие поведения привязанности к близким

МОТОРИКА

Еще до 1,5 лет выявляется слабость психического тонуса: общая вялость, недостаточность инстинктивной сферы (плохой аппетит, слабость инстинкта самосохранения, реакций на дискомфорт, мокрые пеленки, холод и т.д.). Ходьба долго остается неуверенной, страдает развитие целенаправленных действий. Но в то же время нередко наблюдается обилие стереотипных движений, ритмических разрядов, импульсивных действий. Едва научившись ходить, такой ребенок часто импульсивно бежит, не замечая края, опасности.

Как в игре, так и в поведении в целом обращают на себя внимание плохая моторика, неловкость произвольных движений, особая трудность в овладении элементарными навыками самообслуживания, еды и т.д. Неврологическое обследование обнаруживает мышечную гипотонию. У части детей симптомы органической недостаточности особенно выражены (аутизм органического генеза). Нейропсихологическое исследование этих детей показало нарушение движений по типу моторной апраксии с отсутствием плавности, толчкообразностью, машинообразностью движений, их неловкостью, неуклюжестью при выполнении простейших действий, отсутствием гибкости. В этих явлениях просматривается прямая связь между корковыми и подкорковыми нарушениями, их тонической и синергической основами [Лебединский В.В., 1980]. В других, более грубых случаях наблюдается нарушение организации программы движения и осмысления предмета как орудия или объекта целенаправленной деятельности. Об этом говорит тот факт, что при поэлементном разложении педагогом цепочки действия ребенок получает лучшую возможность его осуществления. Сочетание относительной сохранности отдельных операций с более выраженным нарушением их временно-пространственной развертки, возможно, указывает не только на эффекторный, но и на афферентный характер нарушений, определенную связь апракических и гностических расстройств. Клинические описания застывшего или «скользящего» взора, неустойчивости зрительной фиксации позволяют предположить и зрительно-моторные нарушения. Прослеживается прямая связь между характером первичных двигательных расстройств, связанных с нарушением тонической регуляции, и характером речевых расстройств. Нарушается не только потребность в речевом общении, но и сама возможность реализации этого акта. Диапазон этих расстройств довольно широк и включает в себя дизартрические явления, нарушения темпа, ритмической организации речи (ее скандированность, толчкообразность), а в тяжелых случаях нарушения, напоминающие явления алалии. Генезис этих расстройств требует дальнейшего изучения.

РЕЧЬ

В отличие от моторики в развитии речи нередко наблюдается опережение, но часто уже с самого начала речь отличается аутичностью, наличием «автономности», превалированием неологизмов. Маленький ребенок, едва научившись говорить, может одержимо повторять отдельные слова, читать стихи, аффективно расставляя интонационные акценты. Таким образом, более сложные психические процессы, такие, как речь, развиваются в ряде случаев раньше, чем более элементарные.

Аутизм отчетливо проявляется и в речи этих детей. Нередко при потенциально большом словарном запасе и способности к сложным оборотам дети не пользуются речью для общения. В одних случаях это может быть полный или почти полный мутизм, в других — аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхолоалии при ответах на вопросы. Характерно неупотребление личных местоимений, речь о себе во втором или третьем лице. Тембр и модуляция голоса неестественны, часто вычурны и певучи. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству, неологизмам, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами из стихов и песен.

В развитии речи, лишенной предметной основы, также имеются признаки вторичной асинхронии. Наряду с общеупотребительной речью сохраняется и автономия, которая обладает тенденцией к вытеснению первой (особенно в аффективно насыщенных ситуациях, например в аутистических играх). Это сохранение автономной речи с преобладанием аффективно-образных звуковых компонентов не только еще более задерживает речевое развитие в целом, но и вносит в это недоразвитие свою специфику — отсутствие единства между акустической и смысловой стороной слова. Слово больше выступает не с содержательной, а с фонетической стороны (например, в пиктограмме слово «печаль» ассоциируется с изображением печати). Отсутствие единства акустической и смысловой сторон речи приводит к диффузным связям между словом и предметом.

По тяжести нарушения речи аутичные дети могут быть разделены на группы [Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М., 1997]:

1) дети с наиболее тяжелыми нарушениями, которым коммуникативная речь в принципе недоступна. Ребенок манипулирует отдельными звуками, носящими чисто аффективный характер и не служащими целям контакта. У таких детей много аутоэхолалий и нет или крайне мало эхололий, которые на раннем этапе речевого развития в норме служат обогащению речи и речевого приспособления к конкретной ситуации. Эти дети могут продуцировать отдельные слова лишь в аффективных ситуациях;

2) дети, у которых речевое развитие менее затруднено. Первые слова могут появляться в нормальное время. Элементарная фраза складывается часто к 3—4 годам, но не развивается дальше; речевой словарь представляет собой бедный набор отдельных слов-штампов. Характерны не только аутоэхолалий, но и эхолалий на уровне отдельных слов и простых фраз, что дает определенную возможность для коррекционной работы по развитию речи;

3) дети, которые при, казалось бы, хорошо развитой речи, большом словарном запасе, рано усвоенной развернутой фразе затрудняются в свободном оперировании речью и используют стереотипный набор фраз, производящий впечатление «попугайности», «фотографичности» речи. Разные степень и характер речевых расстройств отражаются и в возможностях их компенсации. Наименьшие трудности связаны с развитием понимания речи. Осуществление же ее развернутого экспрессивного компонента особенно тяжело поддается коррекции и в некоторой степени возможно лишь при опоре на внешний образец — при прочитывании или написании готовой фразы, ритмической группировке слов. Это позволяет предположить, что в речевых нарушениях, как и в двигательных, имеются трудности разворачивания отдельных актов в заданной последовательности. Это предположение требует специальной экспериментальной проверки.

ИНТЕЛЛЕКТ

Еще Л. Каннер [Kanner L., 1955] отмечал, что интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего аутизма. Такие дети нередко могут иметь хорошие интеллектуальные возможности, даже быть парциально одаренными в различных областях: обладать абсолютным музыкальным слухом, играть в шахматы, рисовать, считать. Однако для их интеллектуальной деятельности в целом типичны нарушение целенаправленности, затруднения в концентрации внимания, явная пресыщаемость. Имеется определенная вычурность мышления, склонность к символическим действиям. Наиболее же характерна аутистическая направленность всей интеллектуальной деятельности. Игры, фантазии, интересы и интеллектуальная деятельность в целом далеки от реальной ситуации. Содержание их монотонно, поведение однообразно. Дети годами одержимо играют в одну и ту же игру, рисуют одни и те же рисунки (часто — отдельные предметы), совершают одни и те же стереотипные действия (включают и выключают свет или воду, стереотипно бьют по мячу и т.д.), попытки прервать которые часто безуспешны. И в возрасте 8 — 10 лет игры часто носят манипулятивный характер. При этом характерно предпочтение манипуляций с неигровыми предметами: палочками, бумажками и т.д. Аутистические фантазии, как правило, также имеют фабулу, оторванную от реальности, нередко вычурно-сказочную. Иногда имеется сюжет перевоплощения в животных. В отличие от игр и фантазий здорового ребенка в этих случаях наблюдается полный отрыв от реальности, захваченность всего поведения фантастическим сюжетом. Так, считая себя собачкой, зайчиком, волком, ребенок требует не называть его по имени, по-особому кормить, ложится спать на полу и т.д. В причудливом содержании фантазий и игр нередко можно уловить компенсаторную тенденцию изживания страхов, чувства собственной неполноценности. Иногда фантазии носят агрессивный характер, отражающий как гиперкомпенсаторные проявления, так и расторможенность влечений.

Рассмотрим этапы становления аутистического синдрома.

1. На базальном уровне возникает комплекс симптомов, вызванных патологией в сенсорной сфере. Момент непереносимости, болезненности указывает на заинтересованность в процессе протопатической чувствительности с ее ярко выраженным аффективным компонентом. Нарушение аффективной составляющей наблюдается также и в моторной сфере, прослеживается прямая связь между тяжестью моторных нарушений (тонических) и аффективным состоянием аутичного ребенка. В результате нарушения аффективного процесса возникает фиксация более ранних форм ориентировки (рот как анализатор, дающий наиболее аффективно насыщенную информацию, надолго сохраняет свое ведущее значение в исследовании окружающего). Таким образом, задерживается закономерный процесс перестроек, своевременно не происходят изменения в соотношении контактных и дистантных анализаторов в пользу последних, своевременно не складываются новые координаты внутри сенсомоторной сферы. Неустойчивость развития порождает тенденцию к регрессу, заикливанию, двигательным стереотипиям.
2. В результате нарушений в сенсорной и моторной сферах нарушается нормальное функционирование эволюционных механизмов, обеспечивающих в норме первичную адаптацию к окружающему. Одни из этих механизмов вообще не реализуются (находятся в латентном состоянии), другие включаются с запаздыванием, третьи функционируют в искаженном виде. В связи с состоянием перманентной дезадаптации на первый план выдвигаются защитные формы поведения (в основном пассивные), стремление к минимизации контактов с окружающими, самоизоляции. На этой патологической основе возникают (в зависимости от тяжести синдрома) различные типы асинхроний, тупиковые линии в формировании сложных психологических образований [Лебединский В. В., 1980, 1985, 1996]. Здесь обозначена лишь схема становления аутистического синдрома. В реальной клинике существует множество вариантов аутистического развития, которые зависят от тяжести аффективных нарушений, степени сохранности эволюционных механизмов в раннем возрасте, от баланса защитных и компенсаторных форм поведения, шизофренической или органической природы нарушения.

Необходимо отметить, что изучение особенностей психического развития при аутизме имеет не только прикладное значение. В этой аномалии наиболее полно представлено все разнообразие симптомов, встречаемых при аффективных нарушениях в детском возрасте. Данные, полученные при изучении аутизма, позволяют лучше понять вклад, который вносит аффективный процесс в нормально развивающуюся психику. Эвристичность намеченной нами схемы видится также и в том, что она обращает внимание психотерапевтов на целый класс базисных форм поведения, требующих специальной коррекции. Однако, как и при любой другой аномалии развития, общая картина тяжелого психического дефекта не может быть прямо выведена только из его базальных первопричин. Многие, даже основные проявления раннего детского аутизма могут быть расценены в этом смысле как вторичные, возникающие в процессе психического дизонтогенеза. Механизм формирования вторичных нарушений наиболее очевиден при рассмотрении клинической картины сквозь призму аномального психического развития. Психическое развитие не только страдает от биологической неполноценности, но и приспосабливается к ней как к внешним условиям. Исходная энергетическая недостаточность и связанные с ней слабость побуждений, быстрые истощаемость и пресыщаемость любой целенаправленной активности, низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным фоном ощущений, повышенной готовностью к реакциям тревоги и страха — все это создает хроническую ситуацию дискомфорта и толкает аутичного ребенка на ригидное сохранение привычного статуса, шадящей внешней обстановки. Более того, аутичный ребенок оценивает как опасные большинство ситуаций взаимодействия с окружающим. Аутизм в этом плане может быть представлен как основной именно из вторичных, синдромов, как компенсаторный механизм, направленный на защиту от травмирующих влияний внешней среды. Аутистические установки наиболее значительны в иерархии причин, формирующих само аномальное развитие такого ребенка.

ВТОРИЧНОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ

В норме на базе поведения привязанности складываются различные психические новообразования, которые в дальнейшем становятся самостоятельными линиями развития. При аутизме их формирование также нарушается. Так, из-за отсутствия фиксации взгляда на лице человека страдает наиболее ранняя форма коммуникации — глазное общение, недостаточно развиваются ориентировка в эмоциональном состоянии другого, социальная улыбка. Невнимание к составляющим лица задерживает узнавание матери, дифференциацию «свой — чужой». У некоторых аутичных детей обследование лица другого человека напоминает действия слепых (трогают, ощупывают без зрительного контроля). В связи со снижением ориентировки на речевые сигналы становится невозможным использование голоса матери в качестве подкрепляющего стимула. Невнимание к речи другого человека, его мимике, взгляду оказывает в дальнейшем тормозящее влияние на развитие коммуникативной стороны речи. Характерной становится потеря чувства собеседника. В условиях, когда ориентировка в окружающем снижена, аутичный ребенок становится сверхосторожным. Одним из признаков такого поведения является жесткое сохранение дистанции в контактах с людьми. По наблюдению Тинбергена, для аутичного ребенка характерна амбивалентная поза «в пол-оборота», свидетельствующая о его готовности к бегству. Со страхом связано стремление к постоянству окружающей среды: отрицательная реакция на появление незнакомых взрослых и детей, на изменение привычного расположения предметов. Любой движущийся предмет воспринимается как опасный. Сохранение движения в качестве доминантного признака живого (а следовательно, опасного) ведет к трудностям в дифференциации «живое — неживое». Существенно, что при аутизме интенсивность страхов не зависит от этологических признаков опасности (как это наблюдается в норме) — страхи носят генерализованный характер. В то же время у аутичных детей можно наблюдать сочетание сверхбоязливости с неким «бесстрашием». Это чаще всего связано с состоянием стресса, в котором находится ребенок в незнакомой обстановке. При суженной ориентировке в окружающем его действия носят импульсивный характер. Этим же механизмом, повидимому, можно объяснить случаи импульсивной агрессии. Если в норме страх является одним из регуляторов поведения (приближения — избегания, дружелюбия — агрессии), то у аутичных детей он играет дезорганизирующую роль, в одних случаях элиминируя активные формы поведения, в других — придавая им импульсивный характер.

9. Вопросы по теме занятия

1. Причины возникновения расстройств аутистического спектра (РАС).

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. Аутизм и аутистические синдромы в детском возрасте, их классификация.

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. Понятие психического развития, его показатели

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. Психологическая характеристика эмоциональных и познавательных

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. Особенности речевого развития у детей с расстройствами аутистического спектра.

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ РДА МОЖЕТ УСТАНОВИТЬ:

- 1) психолог;
- 2) дефектолог;
- 3) психиатр;
- 4) невролог;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. САМЫМ ТЯЖЕЛЫМ НАРУШЕНИЕМ СРЕДИ РАС ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) синдром Ретта;
- 2) синдром Каннера;
- 3) атипичный аутизм;
- 4) синдром Аспергера;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. В ОТЛИЧИЕ ОТ ДРУГИХ СЛУЧАЕВ АУТИЗМА ПРИ ЭТОЙ ФОРМЕ НЕТ СУЩЕСТВЕННОЙ ЗАДЕРЖКИ В РЕЧЕВОМ И КОГНИТИВНОМ РАЗВИТИИ:

- 1) синдром Ретта;
- 2) синдром Каннера;
- 3) атипичный аутизм;
- 4) синдром Аспергера;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ МКБ-10, К СОБСТВЕННО АУТИСТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) синдром Ретта;
- 2) шизофрению;
- 3) СДВГ;
- 4) деменцию;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. ПОНЯТИЕ «РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА», ПРЕДЛОЖИЛ L. WING:

- 1) В. Ковалев;
- 2) Л. Винг;
- 3) Д. Исаев;
- 4) В. Каган;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Начало регрессивных изменений отмечается в возрасте от 1-1,5 лет до 2-2,5 лет. У разных форм будет наблюдаться различная степень выраженности утрат коммуникаций, речи и других компонентов психического, разная длительность этого состояния с разной степени выраженности утратами на «выходе» из него.

Вопрос 1: О каком варианте искаженного развития говорится в описании;

- 1) искаженное развитие с ранним регрессом.;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. Согласно Классификация DSM-5 к расстройству аутистического спектра относится: - аутизм (синдром Каннера); - синдром Аспергера; - (1) _____; - (2) _____.

Вопрос 1: Допишите;

- 1) (1) - «детское дезинтегративное расстройство»; (2) - «неспецифическое первазивное нарушение развития».

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

12. Примерная тематика НИРС по теме

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **дополнительная:**

Неретина, Т. Г. [Специальная педагогика и коррекционная психология](#) : учеб.-метод. комплекс / Т. Г. Неретина. - 4-е изд., стер. - М. : Флинта , 2019. - 376 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 19. Дисгармоничное развитие. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.2, УК-5.3)

2. Разновидность занятия: дискуссия

3. Методы обучения: Не указано

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о нарушениях психического развития в детском возрасте как о науке, понимания специфичности и уникальности психологического знания, закрепление базовых предметных категорий, позволяющее включаться в профессиональное сообщество, формирование профессиональной ментальности, становление профессиональной позиции

5. Цели обучения

- обучающийся должен знать , уметь , владеть

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний, умений	10.00	Тестирование
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Обсуждение докладов по теме занятия. Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа	15.00	Дискуссия по вопросам к теме и обсуждение рефератов. Решение ситуационных задач
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тестирование
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия, и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

Показательной моделью дисгармонического психического развития являются психопатии и патологическое развитие личности — аномалии психического развития, в основе которых лежит дизонтогенез эмоционально-волевой сферы. Психопатия представляет собой стойкий дисгармонический склад психики. Ее клинико-психологическая структура ограничена кругом аномальных личностных свойств, не имеющих самостоятельной тенденции к прогрессированию, хотя и видоизменяющихся под влиянием ряда социальных и биологических факторов. Эта дисгармония личности лежит в основе нередких стойких нарушений адаптации к социальной среде, склонности к декомпенсации при изменении привычных условий.

Психопатии — это такие аномалии характера, которые, по словам П. Б. Ганнушкина (1933), «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» и «мешают... приспособляться к окружающей среде».

Этиология психопатий, как это видно из ряда классификаций, связывается либо с генетическими, наследственными факторами (конституциональные формы психопатий), либо с экзогенными вредностями, действовавшими на ранних этапах онтогенеза (органические формы психопатий) и в ряде случаев создающими так называемые фенкопии генетических пороков развития. Некоторые виды психопатий могут иметь как наследственное, так и экзогенное происхождение. Ряд авторов [Гурьева В. А., Гиндикин В.Я., 1994] не исключают возможность формирования психопатии под влиянием длительно действующих и деформирующих развитие личности ребенка средовых факторов.

Патогенез психопатий мало изучен. Большое значение в формировании психопатической личности отводится патологическим особенностям конституции индивида. Это означает, что с точки зрения психической составляющей в первую очередь страдает ее базальная основа — темперамент. Как известно, темперамент рассматривается как одно из базальных проявлений индивидуальности. Это прежде всего различия во временных и силовых характеристиках активности. Одним из основных компонентов темперамента является «эмоциональность», которая представляет собой комплекс свойств и качеств, характеризующих возникновение и протекание различных аффективных проявлений [Небылицын В. Д., 1976]. В норме темперамент — адаптивное образование, влияющее на общий уровень стимуляции, а значит — на разнообразие опыта ребенка (поэтому активный ребенок получает больше информации, чем пассивный). Темперамент также определяет эффективность внешних воздействий

(различия в чувствительности к стимуляции определенной модальности). От особенностей темперамента зависит общая сензитивность ребенка к травмирующим воздействиям. И наконец, темперамент ребенка влияет на окружающих людей и определяет способы взаимодействия ребенка с окружающими. Ребенок с определенным типом темперамента как бы навязывает свой модус отношений со взрослыми и детьми. Если темперамент из всех психических образований наиболее тесно связан с биологическими константами организма, то следующие уровни личностной организации, в том числе характер, формируются преимущественно при всевозрастающей роли интеллекта и культуральных воздействий. Однако это не исключает влияния на процесс становления личности базальных образований — темперамента и эмоциональности. При этом сила аффективных «выбросов» может быть в некоторых случаях настолько велика, что попытка их регуляции «сверху» не достигает цели. С. Чесе вместе с соавторами отмечают, что в процессе психического развития происходит осознание ребенком особенностей своего темперамента и выработка различных опосредованных способов его регуляции. Значительно сложнее эта задача решается детьми с недостаточностью нервной системы [Chess S., Thomas A., 1987]. При психопатиях клиницисты отмечают нарушения силовых и временных констант темперамента: явления повышенной возбудимости, импульсивности, взрывчатости, вязкости, симптомы угнетения. Понятно, что на такой патологической основе не может не сформироваться отличный от нормы характер аффективного реагирования на средовые воздействия. Нарушение динамики аффективных процессов сопровождается целым рядом негативных явлений, в первую очередь страдают регуляторные механизмы психической деятельности. Особые трудности возникают в отношении регуляции базальных эмоций, и прежде всего — влечений, которые наименее пластичны даже в норме. В этиологии слова «влечение» подчеркивается момент неодолимости, насильственности. В норме влечения носят приспособительный характер и делятся на основные (стремление к самосохранению и продолжению рода) и производные, которые более изменчивы, индивидуализированы и в большей степени подвержены средовым воздействиям. Влечения функционируют внутри аффективных комплексов разной сложности. Структура таких комплексов в норме и при патологии почти совсем не изучена и преимущественно ограничивается отдельными описаниями клиницистов. Так, например, Ганнушкин (1998) отмечал, что ранняя мастурбация часто сочетается с очень выраженной жестокостью, злыми выходками. Злоба и сексуальность находятся в большей близости друг от друга и возрастают в зависимости от их интенсивности, когда злость трансформируется в жестокость. Таким образом, в зависимости от структуры аффективных комплексов, интенсивности отдельных ее элементов в значительной мере зависит тот или иной характер психопатии; в легких же случаях все ограничивается своеобразием личности.

Систематика психопатий в настоящее время представляет собой большие трудности. Связано это с рядом факторов, такими как: многообразие психопатических вариантов личности; их промежуточное положение, нечеткость границ между нормальными вариантами характера и психическими заболеваниями. Также немаловажное значение при систематике психопатий имеют социальные факторы, определяющие личностную структуру, но не укладывающиеся в клиническую терминологию.

Основные классификации:

Е. Креплин (1915 г) выделил семь групп:

- Возбудимые
- Фантасты
- Безудержные
- Враги общества
- Импульсивные
- Патологические спорщики
- Лгуны

Однако, в этой классификации очевидно несоответствие критериев (наличие и феноменологического, и социального, и клинико-описательного принципов).

К. Шнайдер (1923) выделял следующие группы:

- Гипертимных личностей
- Эмоционально-лабильных
- Депрессивных

- Бездушных
- Неуверенных в себе
- Безвольных
- Ищущих признания
- Астенических
- Эксплозивных

Интересная классификация предложена Эрнстом Кречмером (1921) (немецкий психолог и психиатр, известный своей концепцией, согласно которой существует три основных типа телесной организации - пикническая, астеническая и атлетическая).

Итак, им были предложены следующие критерии для систематики психопатий - это критерии сходства клинико-психологической картины ряда психопатий с особенностями личности при шизофрении, эпилепсии и маниакально-депрессивном психозе. На этом основании Кречмер выделял:

- Шизоидные психопатии
- Циклоидные психопатии
- Эпилептоидные психопатии

О.В. Кербиков (1971) делит психопатии по этимологическому признаку на:

- Конституциональные
- Органические
- Краевые

Г.Е. Сухарева разграничивает основные варианты психопатий по их этимологии:

- Конституциональные
- Органические
- Имеет смешанное происхождение, но объединенная общностью патогенеза (явлениями недоразвития эмоционально-волевой сферы) - "дисгармонический инфантилизм"

Наиболее широкая на сегодняшний день классификация Петра Борисовича Ганнушкина (1933). Используя целый ряд критериев, он выделил следующие группы:

1. Астеники
 - 1.1. Неврастеники
 - 1.2. Психастеники
 2. Циклоиды
 3. Шизоиды
 4. 1. Мечтатели
 5. Параноики
 6. 1. Фанатики
 7. Эпилептоиды
 8. Истерические характеры
 9. 1. Патологические лгуны
 10. Неустойчивые психопаты
 11. Антисоциальные психопаты
 12. Конституционально-глупые

Подавляющая же часть классификаций психопатий у детей и подростков построена на вышеописанных.

Однако, можно отметить основные персоналии, занимающиеся систематикой психопатий у детей: Шульц и Гамбургер (1926) – классификаций аналогична классификации Креплина и Шнайдера; Н.И. Озерецкий (1943), М.С. Певзнер (1941), Г.Е. Сухарева (1959), А.Е. Личко (1977), В.В. Ковалев (1979) – их классификация построена на обобщении классификаций П.Б. Ганнушкина, Г.Е. Сухаревой, О.В. Кербинкова.

Подробнее на всех возможных вариантах психопатий остановимся ниже.

Несмотря на сложность вопросов патогенеза, клинико-психологическая структура отдельных вариантов психопатий разными авторами описывается достаточно сходно. Это касается и описаний психопатий в детском возрасте. Ядерную группу составляют так называемые конституциональные психопатии, как правило, имеющие наследственное происхождение. Сюда относятся шизоидные, эпилептоидные, циклоидные, психастенические и в значительной части истерические психопатии.

Конституциональные, гемуинные, «ядерные» психопатии. Решающей в происхождении является неблагоприятная наследственность. Иногда удается проследить один и тот же тип характера у кого-то из родителей, сиблингов или других кровных родственников. Чаще же в роду приходится встречать психопатические личности разных типов, а иногда и психические заболевания. Конституциональные психопатии выявляются даже при самых благоприятных условиях воспитания. Однако степень их тяжести в значительной мере определяется влиянием среды (Морозов Г. В., 1969). Несмотря на эндогенную обусловленность, только некоторые типы психопатий (например, шизоидная) раскрываются с раннего детства. Для каждого типа имеется свой критический возраст, на который обычно падает развертывание психопатических черт.

У ребенка с шизоидной психопатией патологические черты в характере появляются рано, уже в 3-4 года. Первичное нарушение темперамента проявляется в виде малой его интенсивности, вялости реагирования, особенно на уровне инстинктов (например, чувства самосохранения), а также неловкости, плохой ритмичности, некоординированности движений, медленного формирования автоматизмов. Дети с трудом овладевают навыками самообслуживания, не любят подвижных игр, часто наблюдаются трудности в овладении навыком письма. В аффективной сфере дисгармония проявляется в сочетании повышенной чувствительности и ранимости в отношении собственных переживаний с парадоксальным для детского возраста отсутствием непосредственности, жизнерадостности, внешней сухостью по отношению к родным и близким. Общение с детьми ограничено, дети плохо ориентируются в эмоциональном состоянии других, не способны к непосредственному выражению своих эмоций. В контактах с окружающими быстро нарастает напряжение, пресыщение, недостаточно сформированы автоматизмы общения. Плохая ориентировка часто приводит к насмешкам со стороны сверстников. Поэтому мальчики-шизоиды часто предпочитают общество девочек (менее агрессивная среда). Одиночество и мир фантазий эти дети предпочитают обществу сверстников. Контакты со взрослыми более активны, в беседах отдают предпочтение абстрактным темам. Дисгармония также наблюдается в интеллектуальной сфере. Плохая ориентировка в конкретных ситуациях, в житейских вопросах сочетается с хорошими, а иногда очень хорошими способностями в области логического мышления. Преобладание абстрактного мышления над конкретно-ситуационным делает шизоидов часто внешне похожими на детей, страдающих детской шизофренией. Однако сохранность абстрактного мышления, достаточная продуктивность отличают этих детей от шизофреников. У последних с возрастом наблюдается нарастание патологических явлений, – в том числе и в мышлении. У шизоидов, наоборот, при благоприятных средовых условиях с возрастом наблюдается положительная динамика за счет хорошего интеллекта. Очевидно, значительная часть наблюдений раннего детского аутизма, описанных Г.Аспергером [Asperger H., 1944], относится именно к шизоидной психопатии. В отличие от вышеописанных выраженных форм раннего детского аутизма, характеризующихся наличием грубых расстройств в инстинктивной сфере, речи, мышлении и деятельности, аномалия развития при шизоидной психопатии ограничивается личностными особенностями и непатологическим уровнем своеобразия. Для многих детей с шизоидной психопатией характерны раннее возникновение интеллектуальных интересов, любовь к чтению, природе. В школе их часто привлекают математика, физика, другие точные науки. Нередка склонность к коллекционированию. Часто обращает на себя внимание хорошая речь. Одежда, еда, житейские удобства не вызывают интереса. Продуктивность в занятиях может страдать от рассеянности, связанной с сосредоточенностью на интересах, часто далеких от учебных. В свое время Э.Кречмер [Kretschmer E., 1956] говорил о патогенетической близости шизоидной психопатии и шизофрении, усматривая между особенностями личности и психозом лишь количественную разницу. В дальнейшем этот взгляд был подвергнут критике. Шизоидная психопатия, как указывалось, ограничена непроецессуальным кругом характерологических особенностей, в то время как при шизофрении, даже при отсутствии острых приступов, имеется прогрессирующее течение с тенденцией к повреждению психической деятельности. Однако клинико-генетические исследования последних лет [Готтесман И., Шилдс Дж., 1967, см. обзор по: Никольская О. С, Баенская Е. Р., Либлинг М.М., 1997] указывают на значительную частоту лиц с шизоидной психопатией в семьях больных шизофренией.

При эпилептоидной психопатии нет типичных для эпилепсии судорожных расстройств, явлений слабоумия. Речь идет лишь о стойких характерологических особенностях в виде эмоциональной вязкости, напряженности эмоций и влечений, склонности к немотивированным колебаниям настроения по типу дисфории [Сухарева Г. Е., 1959]. Малейшие неудачи приводят к возбуждению и раздражению. Малоподвижность аффекта ведет к застреванию на

негативных переживаниях, злобности, колебанию настроения по типу дисфории, резким аффективным вспышкам. Темп и ритм движений речи замедлены и соответствуют внутреннему напряжению. В исследовании А. С. Емельянова [1972, см.: Ковалев В. В., 1979] показана динамика развития эпилептоидной психопатии в детском возрасте. Уже в возрасте 2—3 лет для этих детей характерны бурные и затяжные аффективные реакции, в особенности связанные с чувством физического дискомфорта. В более старшем возрасте на первый план выступают агрессивность, нередко с садистическими наклонностями, длительное состояние озлобленности при невыполнении требований, упрямство, иногда мстительность. Этим детям свойственна повышенная до педантичности аккуратность, гипертрофированное стремление к установленному порядку. В детском коллективе они трудны не только из-за силы и длительности своих аффективных вспышек, эмоциональной вязкости, но из-за конфликтности, связанной с постоянным стремлением к самоутверждению, властности, жестокости. Авторы, описывающие эпилептоидную психопатию у взрослых, отмечают полярность их эмоциональной сферы: наряду со взрывчатостью, жестокостью — склонность к угодливости и слащавости. У детей этот второй полюс практически не наблюдается, не исключено, что его формирование в более старшем возрасте связано в определенной мере с гиперкомпенсаторными механизмами [Зейгарник Б. В., 1976].

Истерическая психопатия не всегда имеет конституциональный характер, в части случаев она может быть обусловлена негрубыми экзогенными вредностями, нередко обменно-трофического характера, перенесенными в раннем детстве. В отличие от вышеперечисленных шизоидной, эпилептоидной, психастенической психопатий, часто встречаемых у лиц мужского пола, истерическая психопатия наиболее часто наблюдается у женщин и соответственно у девочек. Г.Е.Сухарева (1959), отмечая психическую незрелость как основу данного варианта психопатии, указывает на дисгармоничность этого инфантилизма, подчеркивает выраженную диссоциацию отдельных его компонентов. Для темперамента истерической личности характерны высокая возбудимость, бурные аффективные реакции, не соответствующие силе средовых воздействий, раздражительность, неспособность к отсрочке желаний, потребность в постоянной смене впечатлений. Вся эта симптоматика указывает на незрелый инфантильный характер аффективного реагирования. Повышенная возбудимость сказывается на поведении таких детей, они быстро и легко заражаются любым ярким событием и так же быстро пресыщаются. В своем поведении истерическая личность исходит из аффективной оценки ситуации. Под ее воздействием происходит искажение и отвержение всего, что противоречит собственным желаниям. Для достижения желаемого используются различные по уровню осознанности способы реагирования, от самых примитивных (истерических припадков) до психологически более сложных — косметической лжи, фантазий и т. д.

При формально сохранном интеллекте наблюдается отсутствие стойких интересов, такие дети быстрее пресыщаются любой деятельностью, непосредственно не вытекающей из аффективно значимых целей. В подростковом возрасте особенно типичны усиленное кокетство, склонность к интригам, а иногда и вымысел сексуального содержания. Таким образом, даже в детском и подростковом возрасте типичный для истерической психопатии конфликт между жадой признания и инфантильной неспособностью к волевому усилию определяет сущность психической дисгармонии.

Психопатии типа неустойчивых [Сухарева Г. Е., 1959] также представляют собой вариант дисгармонического инфантилизма. Такие дети отличаются незрелостью интересов, поверхностностью, нестойкостью привязанностей, импульсивностью поступков, действиями по первому побуждению. Малая продуктивность в занятиях и при хорошем интеллекте связана с неспособностью к длительной целенаправленной деятельности. Привычка уходить от трудностей в сочетании с «сенсорной жадой» является частой причиной побегов из дома, школы, стремления к бродяжничеству. Безответственность, несформированность моральных запретов обуславливают выход из затруднительных ситуаций посредством обманов, вымыслов. Будучи повышено внушаемы, эти дети легко усваивают социально-отрицательные формы поведения. В подростковом возрасте они нередко попадают в асоциальные группы, где, как правило, играют подчиненную роль [Личко А.Е., 1977]. Психопатия типа неустойчивых может быть как конституционального генеза, так и возникать под влиянием ранних вредностей, чаще — в первые годы жизни. Во втором случае ее проявления будут частично сходны с чертами конституционального инфантилизма, однако будут отличаться от него наличием более выраженной психической дисгармонии: частой аффективной возбудимостью, склонностью к расторможению влечений. Таким образом, природа синдромов психопатии очень разнообразна и может возникать по разным механизмам. Так, наряду с конституциональными формами клиницисты выделяют психопатии органического генеза.

Органические психопатии.

Органические психопатии [Сухарева Г.Е., 1959] связаны с ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах, в первые годы. Здесь аномалии характера бывают обусловлены действием пренатальных, натальных и ранних (первые 2-3 года жизни) постнатальных вредностей на формирующийся в раннем онтогенезе мозг. К этим вредностям относятся тяжелые токсикозы беременности, родовые травмы, внутриутробные и ранние мозговые инфекции, нейроинтоксикации, тяжелые длительные истощающие соматические заболевания с первых месяцев жизни и т. п. Психопатоподобные расстройства на почве резидуального органического поражения головного мозга. Сюда относят стойкие изменения характера после черепно-мозговых травм, мозговых инфекций и

тяжелых интоксикаций нейротропными ядами, начиная с возраста, когда формирование мозга в основном завершено: после первого критического периода, т. е. после 3-4 лет. Для подросткового периода особое значение имеют черепно-мозговые травмы. Чаще всего приходится видеть известные картины церебрастении или энцефалопатии, которые в подростковом возрасте имеют некоторые особенности проявлений (Личко А. Е., 1979). Перечисленные факторы в подростковом возрасте могут иногда играть роль «второго удара» на фоне уже имевшихся в раннем онтогенезе пренатальных, натальных или ранних постнатальных вредностей. Тогда вслед за таким вторым ударом может развернуться картина органической психопатии, до этого затухшая или вовсе незаметная. К этой же группе психопатоподобных расстройств примыкают изменения характера, встречающиеся у некоторых больных эпилепсией. Изменения, сходные с конституциональной эпилептоидной психопатией, встречаются не ранее 5-6-летнего возраста (Абрамович Г. Б., 1965). В генезе этих изменений важнейшую роль играет органическое поражение головного мозга — либо то же самое, что послужило причиной эпилепсии, либо явившейся следствием эпилептической болезни. оды жизни.

Среди органических психопатий наиболее часто встречается в возбудимый (эксплозивный) тип. Он чаще наблюдается у мальчиков. Его клинической основой является аффективная и двигательная возбудимость. Уже в возрасте 2-3 лет эти дети обращают на себя внимание легкостью возникновения аффективных вспышек со злобностью, агрессией, упрямством, негативизмом. Тяжелые аффективные разряды чаще имеют астенический исход с расслабленностью, вялостью, слезами. Эти дети представляют значительные трудности в коллективе: они бьют сверстников и младших, дерзят взрослым. При органической психопатии по возбудимому типу наблюдаются и немотивированные колебания настроения в виде дисфории. В ответ на малейшее замечание у этих детей возникают бурные реакции протеста, уходы из дома, школы. В подростковом возрасте сложившаяся стойкая конфликтная ситуация в школе способствует «выталкиванию» такого подростка в асоциальное внешкольное окружение, делает его уязвимым в отношении правонарушений [Личко А. Е., 1977]. Для другой группы органической психопатии [Сухарева Г. Е., 1959] характерны повышенный эйфорический фон настроения с грубой откликаемостью на все внешние раздражители, некритичность при достаточно сохранном интеллекте. Любое внешнее впечатление легко вызывает аффективную реакцию, однако очень короткую. В школьном возрасте бестормозность часто способствует формированию патологии влечений, импульсивным сексуальным эксцессам, склонности к бродяжничеству и т.д. М.С. Певзнер (1962) описан такой тип психопатий после перенесенного в раннем возрасте эпидемического энцефалита. Таковы самые основные проявления психопатий у детей.

Эти три критерия были обозначены О. В. Кербиковым (1962) как тотальность и относительная стабильность патологических черт характера и их: выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию.

В подростковом возрасте эти же критерии служат основными ориентирами в диагностике психопатий. Тотальность патологических черт характера выступает у подростков особенно ярко. Подросток, наделенный психопатией, обнаруживает свой тип характера в семье и школе, со сверстниками и со старшими, в учебе и на отдыхе, в труде и развлечениях, в условиях обыденных и привычных и в самых чрезвычайных ситуациях. Всюду и всегда гипертимный подросток кипит энергией, шизоидный отгораживается от окружения незримой завесой, а истероидный жаждет привлечь к себе внимание. Тиран дома и примерный ученик в школе, тихоня под суровой властью и разнузданный хулиган в обстановке попустительства, беглец из дому, где царит гнетущая атмосфера или семью раздрают противоречия, способный отлично ужиться в хорошем интернате — все они не должны причисляться к психопатам, даже если подростковый период проходит у них под знаком нарушенной адаптации.

Относительная стабильность черт характера в этом возрасте является менее доступным для оценки психопатий ориентиром. Слишком короток бывает еще жизненный путь. Под «сколько-нибудь резкими изменениями» в подростковом возрасте следует понимать неожиданные трансформации характера, внезапные и коренные смены его типа. Если очень общительный, живой, шумливый, неугомонный ребенок превращается в угрюмого, замкнутого, ото всех отгороженного подростка или нежный, ласковый, очень чувствительный и эмоциональный в детстве становится изощренно-жестоким, холодно-расчетливым, бездушным к близким юношей, то как бы ни были выражены патологические черты характера, случаи эти нередко оказываются за рамками психопатии.

Говоря об относительной стабильности, следует учитывать, однако, три обстоятельства. Первое — подростковый возраст представляет собой критический период для психопатий, черты большинства типов здесь заостряются. Второе — каждый тип психопатий имеет свой возраст формирования. Шизоида можно увидеть с первых лет жизни — такие дети любят играть одни. Психастенические черты нередко расцветают в первых классах школы, когда беззаботное детство сменяется требованиями к чувству ответственности. Неустойчивый тип выдает себя либо уже при поступлении в школу с необходимостью сменить удовольствие игр на регулярный учебный труд, либо с пубертатного периода, когда спонтанно складывающиеся группы сверстников позволяют вырваться из-под родительской опеки. Гипертимный тип становится особенно ярко выраженным с подросткового возраста. Циклоидность, особенно у девочек, может проявиться с начала полового созревания, но чаще она формируется позже, уже в молодые годы. Сенситивный тип складывается обычно лишь к 16—19 годам — в период вступления в самостоятельную жизнь с ее нагрузкой на межперсональные отношения. Паранойяльная психопатия крайне редко встречается у подростков, максимум ее развития, как известно, падает на 30—40 лет. Третье — существуют

некоторые закономерные трансформации типов характера в подростковом возрасте. С наступлением полового созревания наблюдавшиеся в детстве гипертимные черты характера могут смениться очевидной циклоидностью, недифференцированные невротические черты — психастеническим или сенситивным типом эмоциональная лабильность заслониться выраженной истероидностью, к гипертимности присоединятся черты неустойчивости и т. п. Все эти трансформации могут произойти в силу как биологических, так и социальных (особенности воспитания прежде всего) причин. Социальная дезадаптация в случаях психопатий обычно проходит через весь подростковый период. В силу только особенностей своего характера, а не из-за недостатка способностей подросток не удерживается ни в школе, ни в ПТУ, быстро бросает ту работу, куда еще только что поступил. Столь же напряженными, полными конфликтов или патологических зависимостей оказываются семейные отношения. Нарушается также адаптация к среде своих сверстников — страдающий психопатией подросток либо вообще не способен устанавливать с ними контакты, либо отношения бывают полными конфликтов, либо способность адаптироваться ограничивается жестко очерченными пределами — небольшой группой подростков, ведущей аналогичный, большей частью асоциальный образ жизни.

Таковы три критерия — тотальность, относительная стабильность и социальная дезадаптация, позволяющие диагностировать психопатии. Но как оценить те отклонения характера, которые удовлетворяют лишь одному или двум из этих критериев? С самого начала становления учения о психопатиях возникла практически важная проблема — как разграничить психопатии как патологические аномалии характера от крайних вариантов нормы. Еще в 1886 г. В. М. Бехтерев упоминал о «переходных степенях между психопатией и нормальным состоянием», о том, что «психопатическое состояние может быть выражено в столь слабой степени, что при обычных условиях оно не проявляется. В 1894 г. бельгийский психиатр Dalemagne (цит. по О. В. Кербинову, 1961) выделил, наряду с «desequilibres», т. е. «неуравновешенными» (термин во французской психиатрии того времени, аналогичный «психопатиям»), еще и «desequilibrants», т. е. «легко теряющих равновесие». Подобные случаи Е. Kahn (1928) назвал «дискордантно-нормальными», П. Б. Ганнушкин (1933) — «латентными психопатиями». Было предложено много других наименований, но наиболее удачным нам представляется термин К. Leonhard (1968) — «акцентуированная личность». Это наименование подчеркивает, что речь идет именно о крайних вариантах нормы, а не о зачатках патологии («предпсихопатии» по М. Tramer, 1949) и что эта крайность сказывается в усилении, акцентуации отдельных черт. Однако правильнее было бы говорить не об акцентуированных личностях, а об акцентуациях характера. Личность — понятие более широкое, оно включает интеллект, способности, мировоззрение и т. п. Характер считается базисом личности, он формируется в основном в подростковом возрасте, личность как целое — уже при повзрослении. Именно типы характера, а не личности в целом описаны К. Leonhard, именно особенности характера отличают в его описаниях один тип от другого. Для подросткового возраста, во всяком случае, термин «акцентуация характера» является наиболее точным. В детском возрасте, по справедливому замечанию В. В. Ковалева (1981), не сформирован еще и тип характера, и можно говорить лишь об отдельных акцентуированных чертах. При акцентуациях характера его особенности, в противовес психопатиям, могут проявляться не везде и не всегда. Они могут даже обнаруживаться только в определенных условиях. И главное — особенности характера либо вообще не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации, либо ее нарушения бывают преходящими. Эти нарушения могут возникнуть либо в силу биологических пертурбаций во время пубертатного периода («пубертатные кризы»), либо чаще под влиянием особого рода психических травм или трудных ситуаций в жизни, а именно тех, которые предъявляют повышенные требования к *locus resistendiae minoris*, к «месту наименьшего сопротивления» в характере.

Каждому типу акцентуации характера присущи свои, отличные от других типов «слабые места», у каждого типа своя ахиллесова пята. Например, такого рода психическими травмами и трудными ситуациями могут послужить для характера гипертимного — изоляция от сверстников, вынужденное безделье при строго размеренном режиме, для характера шизоидного — необходимость быстро установить с окружением глубокие неформальные эмоциональные контакты. Если же психическая травма, даже тяжелая, не адресуется к месту наименьшего сопротивления, не задевает этой ахиллесовой пята, если ситуация не предъявляет в этом отношении повышенных требований, то дело обычно ограничивается адекватной личностной реакцией, не нарушая надолго и существенно социальной адаптации. Наоборот, при акцентуациях характера в отношении некоторых неблагоприятных условий может выступить даже повышенная устойчивость. Шизоидный подросток легко переносит одиночество, гипертимный — обстановку, требующую повышенной активности, сиюминутной находчивости, даже изворотливости. Описанный признак, по нашим представлениям, в дополнение к критериям П. Б. Ганнушкина — О. В. Кербинова, служит одним из важных отличий акцентуаций характера от психопатий. При психопатиях декомпенсации могут быть следствием любого рода психических травм и самых разнообразных жизненных ситуаций и даже возникать без видимых причин. При акцентуациях адаптация нарушается только при ударах по месту наименьшего сопротивления. Сходная мысль об «индивидуальной чувствительности» к психическим травмам была высказана В. Н. Мясищевым (1960) в отношении развития неврозов, Н. И. Фелинской (1965), Н. Д. Лакосиной (1970) и Г. К. Ушаковым (1978) — в отношении возникновения разного рода других пограничных состояний. Таким образом, на основании сказанного можно дать следующее определение акцентуациям характера. Акцентуации характера — это крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных: воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. Следует еще раз подчеркнуть, что акцентуации характера представляют собой хотя и

крайние, но варианты нормы. Поэтому «акцентуация характера» не может быть психиатрическим диагнозом. Констатация акцентуации и ее типа — это определение преморбидного фона, на котором могут возникать различные расстройства — острые аффективные реакции, неврозы и иные реактивные состояния, непсихотические нарушения поведения, даже реактивные психозы — только они могут служить диагнозом. Однако в подавляющем большинстве случаев акцентуаций характера дело до развития подобных расстройств не доходит. По мнению К. Leonhard (1976, 1981), в развитых странах более половины популяции относится к акцентуированным личностям.

Психогенные реакции детского и подросткового возраста.

Среди большого разнообразия пограничных форм и состояний самое крайнее, пограничное отношению к психологической «норме» занимает группа своеобразных патологических личностных реакций, к ним относятся:

В детском возрасте

Реакция отказа;

Протеста;

Имитации;

Компенсации и Гиперкомпенсации;

В подростковом возрасте:

Эмансипации;

Группирования со сверстниками;

Увлечения;

Обусловленные формирующимся сексуальным влечением.

Нормативная и патологическая реакции.

Характерологическая реакция — переходящее ситуационно обусловленное изменение поведения ребёнка или подростка, которое проявляется преимущественно в определённой микросреде, имеет чёткую психологическую направленность, не ведёт к нарушениям социальной адаптации.

Патохарактерологические реакции — психогенные личностные реакции, которые проявляются преимущественно в разнообразных отклонениях поведения, ведут к нарушениям социально-психологической адаптации, сопровождаются невротическими и соматовегетативными расстройствами (потенциально обратимы).

Патологические реакции от нормальных отличаются следующим:

Они усилены количественно и не адекватны значимости вызванной их ситуации. Склонны к генерализации, т.е. распространению за пределы той ситуации и микросреды, где они возникли. Имеют тенденцию становиться стереотипом поведения в разных ситуациях. Приводят к социальной дезадаптации.

Этиология патохарактерологических реакций:

Отрицательные ситуационные факторы (конфликтные внутрисемейные отношения, неправильный воспитательный подход, эмоциональная депривация, непедагогичные действия воспитателей и учителей и др.);

Способствующие факторы: акцентуированные и патологичные черты характера, резидуальная цереброорганическая недостаточность.

Реакции отказа.

Наблюдаются у робких, пугливых детей, инфантильных детей;

Нарушаются эмоциональные отношения ребёнка или подростка, при смене ситуации, в условиях лишения чего-то (вследствие помещения в интернат, на длительное время разлучения с друзьями из-за переезда на новое место жительства или перевода в другую школу);

Ребёнок как бы испытывает "потерю перспективы", в поведении отмечаются отсутствие стремления к контактам с окружающими, отказ от обычных желаний и стремлений, страх всего нового, нарушается сон, испытывает общую

слабость.

Реакции оппозиции (протеста).

Встречаются наиболее часто и включают большую группу разнообразных преходящих расстройств поведения, в основе которых лежит комплекс аффективно заряженных переживаний, переживания обиды, ущемленного самолюбия, недовольства отношением близких и т.п.

Причины возникновения реакций протеста разнообразны: конфликты между родителями, равнодушное отношение их к ребенку, появление второго ребенка в семье, несправедливые или оскорбляющие самолюбие ребенка наказания, школьная неуспеваемость и т.д. В зависимости от характера нарушений поведения различают реакции активного и пассивного протеста.

Реакции активного протеста проявляются в форме грубости, агрессивного поведения, нередко с оттенком жестокости, стремления делать все назло и др.

Пассивного протеста - отказ от еды, уходы из дома, отказы от речевого общения, соматовегетативные нарушения (особенно рвота, энурез, энкопрез), редко - суицидальные попытки. Часто пассивные реакции протеста — это примитивные истерические реакции.

Реакции имитации.

□Имитация тех людей, которые имеют наибольшее значение.

□В детском возрасте чаще имитируются формы поведения родителей и воспитателей, в подростковом — формы поведения более старших подростков.

□ Реакциям имитации принадлежит важная роль в формировании, прежде всего системы ценностей.

□ Однако имитироваться могут как положительные, так и отрицательные проявления (курение, употребление спиртного и наркотиков, бродяжничество, воровство, хулиганские поступки; болезненные проявления — заикание и др.).

Реакции компенсации и гиперкомпенсации.

Возникновение таких форм поведения, которые маскируют ту или иную слабую сторону личности, что иногда приобретает

Самореализация при этом идет в сферах, где ребенок чувствует себя лучше.

К этим реакциям могут относиться:

- компенсаторные фантазии замещающего характера (физически слабый, робкий ребенок в мечтах представляет себя бойцом, воином);

- компенсаторные игры (ребенок, подавляемый деспотичными родителями и/или сверстниками, играет с малышами, которые беспрекословно подчиняются ему, командует ими, наказывает их);

- внешняя показная бравада, самооговоры (связан с шайкой бандитов или рэкетиров).

Реакции данной группы наиболее часто возникают при ситуациях эмоциональной депривации и в случае наличия "чувства неполноценности" (дети с физическими дефектами, длительно болеющие).

Реакция эмансипации.

Эта реакция проявляется стремлением высвободиться из-под опеки, контроля, покровительства старших — родных, учителей, воспитателей, наставников, старшего поколения вообще. Реакция может распространяться на установленные старшими порядки, правила, законы, стандарты их поведения и духовные ценности. Потребность высвободиться связана с борьбой за самостоятельность, за самоутверждение как личности. Термин «реакция эмансипации», нам представляется, более точно отражает суть явления, чем «кризис авторитетов» (Nissen G., 1971) Возможно, реакция эмансипации имеет какие-то биологические, филогенетические корни. У высших млекопитающих именно с периода полового созревания начинается борьба за свое место среди сородичей, за определенное положение в иерархической лестнице сложных взаимоотношений в стаде или стае (Боровский В. М., 1936; Chauvin R., 1963). Разумеется, эта реакция у подростков разворачивается под действием социально-психологических факторов (чрезмерная опека со стороны старших, мелочный контроль, лишение минимальной самостоятельности и всякой свободы, продолжающееся отношение к подростку как к маленькому ребенку).

Воспитательская гиперпротекция особенно тяготит подростков с гипертимной акцентуацией. Проявления реакции эмансипации весьма разнообразны. Она может ощущаться в каждодневном поведении подростка, в желании всегда и везде поступать « по-своему», «самостоятельно». Но даже не сказываясь открыто на поведении, эта реакция получает отражение в результатах психологического исследования, оценивающего отношение здоровых хорошо социально адаптированных подростков к родным, к опеке над собой и наставлениям, к критике и возражениям в свой адрес, к правилам и законам (Иванов Н. Я., 1973). У гипертимных подростков реакция эмансипации наиболее проявляется в поступках, у истероидных и шизоидных — в высказываниях. Реакцией эмансипации может быть продиктовано поступление на учебу или на работу обязательно в другом городе, чтобы жить отдельно от родителей. Одной из крайних форм проявления реакции эмансипации являются побеги из дому и бродяжничество, когда они обусловлены желанием «пожить свободной жизнью».

Реакция группирования со сверстниками.

Дети охотно тянутся к старшим, часто даже предпочитают играть не с ровесниками, а с ними. Подросткам свойственно почти инстинктивное группирование со сверстниками. Подростковые группы проходят через всю историю человечества от первобытного общества и древней Спарты до современных хиппи.

С. Haffter (1966) полагает, что распространившиеся в развитых капиталистических странах, начиная с 50-х годов, подростковые «банды», с социологической точки зрения, явление отнюдь не новое, а скорее архаическое. Стремление подростков к группированию со сверстниками, может быть, также имеет какие-то филогенетические корни. У высших млекопитающих, ведущих стадный образ жизни (некоторые виды обезьян, копытных и ластоногих), особи «подросткового возраста» образуют отдельные группы на периферии стада или даже обособляются в отдельные временные стада (Боровский В. М., 1936; Chauvin P., 1963). Обезьяны-подростки реагируют депрессией на изоляцию от группы сверстников; ни у детенышей, ни у взрослых обезьян добиться депрессии таким образом не удается (Schweicheimer F., 1972). Однако подобное поведение молодняка высших млекопитающих также не может служить моделью для изучения подростковых групп, возникающих и функционирующих по социо-психологическим закономерностям. Эти закономерности еще недостаточно изучены. Существуют два типа подростковых групп. Одни отличаются однополым составом, наличием постоянного лидера, довольно жестко фиксированной ролью каждого члена, его твердым местом на иерархической лестнице внутрigrупповых взаимоотношений (подчиняемость одним, помыкание другими). В этих группах есть такие роли, как «адъютант лидера» — обычно физически сильный подросток с невысоким интеллектом, кулаками которого лидер держит группу в повиновении, есть «анти-лидер», стремящийся занять место лидера, есть «шестерка», которым все помыкают. Нередко такая группа обладает «своей территорией», тщательно оберегаемой от вторжения сверстников из других групп, в борьбе с которыми в основном протекает жизнь. Состав групп довольно стабилен, прием новых членов нередко сопряжен с особыми «испытаниями» или ритуалами. Примкнуть к группе без согласия вожака невысказано, тот же оценивает новичка прежде всего с точки зрения опасности заполучить сильного «анти-лидера». Обнаруживается склонность к внутрigrупповому символизму — условные знаки, свой «язык», свои клички, свои обряды — например, обряд «братания кровью» (Алмазов Б. Н., 1981). Подобные группы обычно образуются только из подростков мужского пола. Другой тип подростковых групп отличается нечетким распределением ролей, отсутствием постоянного лидера — его функцию несут разные члены группы в зависимости от того, чем в данный момент группа занята. Состав группы обычно разнополый и нестабильный — одни уходят, другие приходят. Жизнь такой группы минимально регламентирована, нет каких-либо четких требований, удовлетворение которым необходимо для вступления в нее. По-видимому, существуют и промежуточные, и иные типы подростковых групп. В закрытых заведениях для подростков (интернаты, спортивные лагеря, подростковые отделения психиатрических больниц) реакция группирования проявляется с особой силой и может быть причиной серьезных нарушений режима. В этих условиях, а также при семейно-педагогической запущенности реакция группирования может стать главным регулятором поведения подростка. Реакцией группирования может быть объяснен известный факт, что подавляющее большинство правонарушений у подростков совершается в группе (Миньковский Г. М., 1964). В группе сверстников, как правило, начинается также алкоголизация, осуществляется первое знакомство с действием иных токсических веществ. Даже формирование психической зависимости к алкоголю или иным токсическим веществам проходит стадию особой «групповой зависимости» — когда, например, влечение к алкоголю вспыхивает только когда подросток попадает в «свою» группу (Строгонов Ю. А., Капанадзе В. Г., 1978). В обстановке спортивного лагеря для подростков с нарушениями поведения быстро складываются спонтанные группы (Архангельский А. Е., 1971). Лидерства в них обычно добиваются подростки, судя по описанию, с выраженными гипертимными чертами — стеничные, ежеминутно бестрепетно готовые вступить в драку, общительные, активные, во все вмешивающиеся, шумные, легко вскипающие при противоречии или ограничениях. С воспитателями у них быстро устанавливаются враждебные отношения. Реже лидерами становятся истероидные подростки. Но эти не завоевывают власть в борьбе, а, легко улавливая назревающие настроения в коллективе, поддельваясь под желания группы, становятся наиболее демонстративными выразителями этих желаний и настроений. В дальнейшем они поддерживают свою власть над группой руками «адъютанта» — физически сильного, но недалекого подростка, которого умеют «очаровать» и использовать как орудие расправы и запугивания, однако их власть в группе редко бывает продолжительной. Значение подростковых групп для психиатрии в последнее время все более становится очевидным. По нашим наблюдениям (Личко А. Е., 1973), в условиях закрытого психиатрического отделения для подростков также быстро

складываются стихийные группы. И также на лидерство в них претендуют те, кто наделен гипертимными и истероидными чертами, а также эпилептоидные подростки. По данным нашего сотрудника А. П. Бизюка (1972), истероидам в этих условиях обычно выпадает роль формальных лидеров (старосты палат и т. п.). Подобное лидерство базируется на посредничестве между подростками и персоналом. Неформальное лидерство в условиях круглосуточного совместного пребывания, регламентированного режима, замкнутой системы контактов нередко в конце-концов достается не гипертимным, а стеничным шизоидным подросткам. Чрезмерная активность и общительность гипертимов в этих условиях начинают тяготить. О них с раздражением начинают говорить, что они пристаю, всюду суются (на жаргоне подростков — «возникают») Шизоиды с их сдержанностью, внешним спокойствием, неназойливостью и вместе с тем независимостью становятся объектом симпатий и наиболее частого выбора для совместного участия в малых группах. В иных условиях специальных интернатов для трудных подростков, по данным нашего сотрудника А. А. Вдовиченко (1976), лидерство формальное и неформальное часто сразу сосредотачивается в руках подростка эпилептоидного типа. Этому способствует умение эпилептоида приспособиться к условиям строгого дисциплинарного режима с иерархией управления и подладиться к начальству, с одной стороны, и проявить жесткую власть и деспотизм над слабыми и менее стеничными сверстниками — с другой. При психопатиях и акцентуациях характера реакция группирования весьма различна в проявлениях в зависимости от типа характера. У гипертимных, неустойчивых и конформных подростков тяга к группированию сильна и постоянна. Циклоидные подростки обнаруживают это стремление в положительной фазе. У истероидов реакция группирования отличается капризной изменчивостью — они тянутся к обществу сверстников и экстравагантность этой группы для них особенно привлекательна (Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я., 1973). Однако обычно вскоре они заявляют, что «разочаровались» в своих приятелях. На самом же деле это случается, когда группа раскусила их самих — их театральность, лживость, склонность предавать друзей и т. п. Конформные подростки ценят место в привычной группе и боятся его потерять. Для эпилептоида группа представляет ценность, если дает в руки определенную власть и позволяет извлечь для себя выгоды.

Реакция увлечения — "хобби-реакция".

Хобби у взрослых могут быть и могут отсутствовать. Для подросткового возраста увлечения составляют важнейшую черту. Подростковый возраст без увлечений подобен детству без игр. К сожалению, проблема увлечений остается еще мало освещенной в современной психологической литературе. С нашей точки зрения, увлечения составляют особую категорию психических феноменов, структурных компонентов личности, располагаясь где-то между инстинктами и влечениями, с одной стороны, и наклонностями, и интересами — с другой. В отличие от влечений, хобби не имеют непосредственной связи с инстинктами, со сферой безусловных рефлексов. В отличие же от интересов и наклонностей, увлечения всегда более эмоционально окрашены, хотя и не составляют главную трудовую направленность личности, не являются профессиональной деятельностью, средством заработка. Увлечения подростков и разнообразны, и относительно ограничены. Хоккей и футбол, мотоспорт и автомашины, поп-музыка — наиболее частые увлечения в 60-х и 70-х годах у подростков мужского пола. Но наряду с ними приходится встречать самые неожиданные хобби. Попытка их систематизации составляет нелегкую задачу. Наша рабочая классификация (Личко А. Е., 1973; Скродцкий Ю. А., 1973) была основана на стремлении разобраться в мотивах, толкающих на то или иное увлечение. С этой точки зрения выделены следующие типы увлечений. Интеллектуально-эстетические увлечения связаны с глубоким интересом к любимому делу (музыке, рисованию, радиотехнике, древней истории или к разведению цветов, певчих птиц и т. д.). К этой же группе относятся любители постоянно что-то изобретать или конструировать. Нередко подобные занятия для других, особенно старших, кажутся ненужными и странными. Однако для самого подростка они представляются чрезвычайно интересными и важными; ему, в сущности, безразлично, как на это смотрят со стороны. Поглощенные увлекательным для них делом, подростки иногда за пускают учебу и другие дела и почти все время отдают избранному предмету. Этот вид увлечений наиболее присущ шизоидным подросткам. Телесно-мануальные увлечения связаны с намерением укрепить свою силу, выносливость, приобрести ловкость или какие-либо искусные мануальные навыки. Сюда относятся занятия различными видами спорта (например карате, ставшее модным в 70-х годах среди подростков мужского пола) а также стремление научиться что-то мастерить, вышивать, ездить на велосипеде, водить мотоцикл или автомашину. Но все эти увлечения, казалось бы весьма разнообразные, можно отнести к данному типу, если за ними стоит именно желание развиться в определенном физическом отношении, овладеть какими-то умениями и т. п. Здесь удовольствие нередко доставляет не столько сам процесс занятий, сколько достигаемые результаты. К телесно-мануальным увлечениям особенно склонны бывают чувствительные юноши, у которых эти увлечения тесно переплетаются с реакцией гиперкомпенсации. Лидерские увлечения сводятся к поиску ситуаций, где можно предводительствовать, руководить, что-то организовывать, направлять других, даже если это касается случайных моментов или событий повседневной жизни. Разные увлечения, будь то кружки, виды спорта, общественные обязанности, легко меняются, пока не попадет сообщество, которое удастся подчинить себе. Такие подростки, среди которых много гипертимов, являются главарями в разных группах молодежи и при хорошей направленности интересов охотно занимаются полезной общественной деятельностью. Накопительские увлечения — это прежде всего коллекционирование во всех его видах. Учитывая, что любая коллекция, достигая значительной величины, приобретает известную материальную ценность, можно допустить, что в основе этого рода увлечений лежит склонность к накоплению материальных благ. Устойчивая страсть к коллекционированию часто сочетается с особой тщательностью и аккуратностью. Наиболее яркие случаи здесь принадлежат эпилептоидным подросткам.

Эгоцентрические увлечения — всякого рода занятия, показная сторона которых позволяет оказаться в центре внимания окружения. Чаще всего это художественная самодеятельность, особенно модные ее формы — участие в любительских эстрадных ансамблях прежде всего, иногда спортивные соревнования — все, что дает возможность публичных выступлений, сосредоточения на себе всеобщего внимания. Сюда же может относиться увлечение экстравагантной одеждой, привлекающей взоры со всех сторон. Конечно, все это будет существенно отличаться побудительными мотивами от неподдельного интереса к искусству или спорту, или в случаях страсти к броской одежде от наивного подражания моде. С целью привлечь к себе внимание могут избираться даже такие занятия, как изучение иностранных языков, литературная деятельность, увлечение стариной, рисование, попытки стать знатоком в какой-либо модной области. Однако все эти занятия в подобных случаях преследуют все ту же цель — демонстрацию своих успехов, привлечение внимания оригинальностью своих увлечений, желание возвыситься в глазах окружающих. Наиболее благоприятствуют этому истероидные черты характера. Азартные увлечения — картежные игры, ставки на хоккейных и футбольных матчах, различного рода пари на деньги, увлечение спортлото и т. п. Виды увлечений могут меняться, но каждое из них питается чувством азарта. Этот род увлечений чаще всего встречается у эпилептоидных и гипертимных подростков. Информативно-коммуникативные увлечения проявляются жадной получением новой легкой информации, не требующей никакой критической интеллектуальной переработки, а также потребностью во множестве поверхностных контактов, позволяющей этой информацией обмениваться. Многочасовая пустая, болтовня со случайными приятелями, глазение на все происходящее вокруг, детективно-приключенческие фильмы, реже книги того же содержания, многие часы перед телевизором составляют содержание этого рода увлечений. Контакт и знакомства предпочитают такие же легкие, как и сама поглощаемая информация. Все усваивается на чрезвычайно поверхностном уровне и главным образом для того, чтобы тут же передать другим. Полученные сведения легко забываются, в их подлинный смысл обычно не вникают и каких-либо выводов из них не делается. Все это можно было бы считать не увлечением, а лишь манерой поведения, формой общения и т. п. Однако все это занимает время и место увлечений и, возможно, справедливо было бы расценено как самый примитивный их уровень. Обычно, если сам подросток заявляет, что у него никаких увлечений нет, речь идет на самом деле о подобном информативно-коммуникативном хобби. Этот род увлечений наиболее присущ неустойчивым и конформным подросткам. Одно и то же увлечение может основываться на неординарных побуждениях, т. е. относиться к разным типам хобби. Например, увлеченное занятие музыкой может служить удовлетворению эстетической потребности или эгоцентрического желания привлечь к себе внимание, «выделиться» среди окружения, или даже просто быть одним из мануальных хобби, когда желание брэнчать на гитаре рождается так же, как научиться плавать, ездить на велосипеде или водить автомашину. Все то же можно сказать о многих видах спорта, о занятиях иностранными языками и др. Даже коллекционирование не всегда является накопительским хобби. Александр Ф. коллекционировал фотографии модных джазовых ансамблей, увесил ими стены своей комнаты от пола до потолка. Его комната стала местом паломничества других подростков, а он играл роль гида. Здесь коллекционирование скорее подталкивали эгоцентрические стремления, чем просто жажда накопительства. Увлечения у подростков могут лежать в основе нарушений поведения. Это происходит или в силу чрезмерной интенсивности хобби, когда ради него забрасываются учеба, работа, все дела и даже ставится в опасность собственное благополучие, или в силу необычности, странности и даже асоциального содержания самих увлечений. Разным типам акцентуаций и психопатий свойственны как определенные типы хобби, так и некоторые другие их особенности. Для неустойчивых и конформных предпочтительны информативно-коммуникативный тип, для истероидов эгоцентрический, для эпилептоидов — накопительский и азартный. Шизоиды порой удивляют необычностью и изысканностью своих увлечений. Гипертимные подростки склонны часто менять разные виды увлечений, циклоиды — то бросать их, то снова возвращаться к прежним увлечениям. Подростковые хобби имеют не только диагностическое, но и реабилитационное значение (Драбкин Б. З., Трифионов О. В., 1973; Личко А. Е., Рубина Л. П., 1974). Увлечения могут служить ключом для первого контакта при индивидуальной психотерапии (Личко А. Е., Богдановская Л. Б., Эйдемиллер Э. Г., 1973) или использоваться как самостоятельный психотерапевтический метод- хобби-терапия (Скродцкий Ю. А., 1978).

Реакции, обусловленные сексуальным влечением.

Эти поведенческие реакции составляют важную, но пока еще мало изученную область. Сюда могут быть отнесены не только непосредственные проявления сексуальной активности — онанизм, включая совместный и взаимный с другими, петтинг, ранние сексуальные связи, промискуитет, транзиторный подростковый гомосексуализм и др. Помимо них, встречаются нарушения поведения, внешне не имеющие сексуальной окраски, но которые в действительности должны быть отнесены к рассматриваемому кругу явлений (некоторые случаи избирательной агрессии, демонстративных суицидальных действий). Исследования сексуального поведения подростков пока немногочисленны, а получаемые сведения не всегда достоверны. Одна из наиболее обстоятельных работ осуществлена в Дании Р. Hertoft (1969). Им обследовано 400 здоровых, социально-адаптированных юношей 18-19-летнего возраста — учащихся и рабочих перед призывом на военную службу. Ранние половые сношения (до 16 лет) отмечены у 52 %, в том числе до 14 лет — у 4 %. К петтингу прибегали 29 %, из них почти половина достигали оргазма. В мастурбации, хотя бы эпизодической, признались 92 %, в том числе 70 % продолжали ее регулярно. Начало мастурбации в возрасте до 14 лет отмечено у 37 %. Совместную с другими подростками мастурбацию отметили 41 %, причем 9 % получали удовольствие от взаимной мастурбации. Эпизодически возникавшее гомосексуальное влечение отмечено у 4 %, в гомосексуальных сношениях (в Дании они не запрещены законом)

признались 2 % юношей. Все это свидетельствует, что сексуальное поведение подростков отличается чрезвычайной неустойчивостью и легко может приближаться к патологическим формам. Причиной этой неустойчивости является недифференцированная сексуальность подростков, отмеченная еще А. Moll (1893). Половое возбуждение у мальчиков-подростков может вызываться множеством раздражителей — мышечным напряжением в борьбе с товарищем, тряской при езде на транспорте, даже болью и страхом. Если это возбуждение достигает оргазма, то легко замыкается условно-рефлекторная связь. В подростковом возрасте каждому типу психопатий и акцентуаций присущи определенные особенности сексуального поведения. Гипертимные подростки отличаются рано пробуждающимся и сильным сексуальным влечением и вследствие этого обычно ранним началом половой жизни. Эмоционально-лабильные подростки склонны отдавать предпочтение флирту и избегают сексуальных эксцессов. Сенситивные подростки и отчасти психастеники зачастую оказываются во власти глубоко скрывааемых переживаний по поводу своей действительной или мнимой сексуальной неполноценности. Обычный онанизм легко обрастает у них комплексом самообвинений. Шизоиды способны сочетать в себе высокий уровень моральных притязаний или показное безразличие к проблемам пола с грубой и даже извращенной сексуальностью. Половое влечение эпилептоидов отличается напряженностью и силой, рано пробуждается ревность. Эгоцентризм и жажда признания истероидов нигде, пожалуй, столь ярко не выступают, как в сексуальном поведении. Неустойчивые подростки нередко рано обогащаются сексуальным опытом в силу общений в асоциальных компаниях, хотя само влечение у них вовсе не отличается большой силой.

Таким образом, патохарактерологические реакции - обратимая форма пограничных нарушений. Однако при их повторении обнаруживается тенденция к постоянной фиксации соответствующих поведения, что становится основой формирования патологических черт характера и, в дальнейшем, расстройства личности (психопатии).

Роль неблагоприятных условий воспитания и окружения в формировании психопатической личности.

Известно, что далеко не все дети и подростки, растущие в одних и тех же неблагоприятных условиях, обнаруживают психопатические черты. В подавляющем большинстве случаев необходимо, чтобы семена дурных воздействий среды упали на подходящую для них эндогенно подготовленную почву. Лишь исключительные условия, особенно тяжкие удары судьбы, способны, видимо, сформировать психопатию на любой почве. Такой почвой чаще всего может служить акцентуация характера.

Для психопатического развития на почве акцентуации необходимо не просто любое неблагоприятное социально-психологическое воздействие. Оно должно быть таким, чтобы адресоваться к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации, и, кроме того, быть достаточно продолжительным, чтобы оставить стойкий след.

Здесь важнейшими являются неправильное воспитание, дурное влияние окружающей среды, особенно в подростковом возрасте, когда совершается становление характера. Последствия подобных же влияний в раннем детстве могут сглаживаться в подростковом периоде, если в это время развитие личности происходит в благоприятном окружении. Известно, однако, что далеко не все дети и подростки, растущие в одних и тех же неблагоприятных условиях, обнаруживают психопатические черты. В одинаковой среде, в одной и той же семье вырастают и разные типы психопатов, и совершенно здоровые личности. Вероятно, что в подавляющем большинстве случаев необходимо, чтобы семена дурных воздействий среды упали на подходящую для них эндогенно подготовленную почву. Такой почвой чаще всего может служить акцентуация характера. Для психопатического развития на почве акцентуации необходимо не просто любое неблагоприятное социально-психологическое воздействие. Оно должно быть таким, чтобы адресоваться к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации, и, кроме того, быть достаточно продолжительным, чтобы оставить стойкий след. Взаимоотношения между разными видами неправильного воспитания и психической травматизации, с одной стороны, и наиболее чувствительными к ним типами акцентуаций, с другой, будут рассматриваться в гл. V. Лишь исключительные условия, особенно тяжкие удары судьбы, способны, видимо, сформировать психопатию на любой почве. Из прежней практики в дореволюционной России известны случаи психопатий на почве детско-подросткового госпитализма, когда все развитие от младенчества до юности шло в закрытых воспитательных учреждениях, где сугубо формализованный режим прикрывал жестокие отношения между воспитанниками. Другим примером могут послужить дети узников в фашистских концентрационных лагерях, выросшие в заключении со своими родителями: все они оказались особого рода психопатическими личностями. Но во всех этих случаях правильнее говорить не о психопатическом (патохарактерологическом), а о психогенном развитии (Binder H., 1960). На первых порах психопатическое (патохарактерологическое) развитие еще обратимо, но далеко зашедшее становится неотличимым от конституциональной психопатии (Кербиков О. В., 1961). В термины «психопатическое развитие» и «патохарактерологическое развитие» нередко вкладывается различное содержание (Щербина Е. А., Сергеева Г. Е., 1978; Ковалев В. В., 1979). Первое определяют как процесс становления конституциональной психопатии в детском, подростковом и молодом возрасте. Патохарактерологическим развитием обозначают, в отличие от «приобретенных» или «краевых» психопатий, только тот ранний этап их формирования, когда еще нет соответствия всем диагностическим критериям психопатии, когда еще девиации характера обратимы, возможна «депсихопатизация» (Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980). С нашей точки зрения, нет нужды в эти сходные понятия вкладывать разный смысл. Процесс становления конституциональных психопатий вряд ли нуждается в особом термине. Нарушения

характера, обусловленные влиянием среды, но не достигающие уровня психопатии, не следует рассматривать как стойкую форму патологии и относить к патохарактерологическому развитию. Их правомерно относить к реакциям или транзиторным, обратимым нарушениям на фоне акцентуаций характера.

Схематизируя основные варианты нарушения психического развития при психопатиях, попытаемся свести их к нескольким вариантам:

1) психопатологические явления фиксируются преимущественно в области базального аффекта при известной сохранности интеллекта. Дисгармония в аффективной сфере проявляется в сохранности высших эмоций, недоразвитии базальных и низкой интенсивности влечений, непосредственно связанных с инстинктивными побуждениями (например, шизоидная психопатия);

2) инстинктивно-аффективная сфера, включая уровень влечений, обладает повышенной возбудимостью и интенсивностью воздействий на интеллект и личность в целом. В результате перестраивается вся система отношений интеллект—аффект. Интеллектуальные процессы начинают обслуживать требования базального аффекта и влечений (например, истероидная психопатия);

3) базальные и высшие эмоции недоразвиты, наблюдаются явления расторможенности влечений непатологического и патологического характера. Контроль сверху, со стороны интеллекта, ограничен в одних случаях из-за его низкого уровня, в других — из-за отсутствия стойкой интеллектуальной мотивации (например, органические психопатии). Однако, как уже отмечалось, чистые варианты психопатий встречаются реже, чем смешанные.

9. Вопросы по теме занятия

1. Определение психопатии и ее основные характеристики.

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. Этиология психопатий

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. Патогенез психопатий

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. Клинико-психологическая структура вариантов и органических конституциональных психопатий.

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. Психогенные реакции детского возраста и психогенные реакции подросткового возраста

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА, ОПИСАННЫХ Г. АСПЕРГЕРОМ, ОТНОСИТСЯ К:

- 1) шизоидной психопатии;
- 2) циклоидной психопатии;
- 3) истероидной психопатии;
- 4) эпилептоидной психопатии;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. КРАЙНИЕ ВАРИАНТЫ НОРМЫ, ПРИ КОТОРЫХ ОТДЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ ХАРАКТЕРА ЧРЕЗМЕРНО УСИЛЕНА, ОТЧЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ИЗБИРАТЕЛЬНАЯ УЯЗВИМОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ОПРЕДЕЛЕННОГО РОДА ПСИХОГЕННЫХ: ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ ХОРОШЕЙ И ДАЖЕ ПОВЫШЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ДРУГИМ:

- 1) патохарактерологическая реакция;
- 2) акцентуация характера;
- 3) характерологическая реакция;
- 4) психопатия;

Правильный ответ: 2

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

3. ТЕРМИН «АКЦЕНТУИРОВАННАЯ ЛИЧНОСТЬ» ВВЕЛ:

- 1) К. Leonhard;
- 2) Е. Kahn;
- 3) П. Б. Ганнушкин;
- 4) О. В. Кербиков;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

4. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРИ ПСИХОПАТИЯХ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СТРАДАЕТ ЕЕ БАЗАЛЬНАЯ ОСНОВА:

- 1) темперамент;
- 2) личность;
- 3) интеллект;
- 4) восприятие;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

5. ПСИХОГЕННЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РЕАКЦИИ, КОТОРЫЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В РАЗНООБРАЗНЫХ ОТКЛОНЕНИЯХ ПОВЕДЕНИЯ, ВЕДУТ К НАРУШЕНИЯМ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ, СОПРОВОЖДАЮТСЯ НЕВРОТИЧЕСКИМИ И СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ПОТЕНЦИАЛЬНО ОБРАТИМЫ):

- 1) патохарактерологическая реакция;
- 2) акцентуация характера;
- 3) характерологическая реакция;
- 4) психопатия;

Правильный ответ: 4

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Этиология патохарактерологических реакций: Отрицательные ситуационные факторы: (1) _____

_____ ; Способствующие факторы:
(2) _____.

Вопрос 1: Допишите;

- 1) (1) - «конфликтные внутрисемейные отношения, неправильный воспитательный подход, эмоциональная депривация, непедагогичные действия воспитателей и учителей и д.р.»; (2) - «акцентуированные и патологичные черты характера, резидуальная цереброорганическая недостаточность»;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

2. Патологические черты в характере появляются рано, уже в 3-4 года. Первичное нарушение темперамента проявляется в виде малой его интенсивности, вялости реагирования, особенно на уровне инстинктов (например, чувства самосохранения), а также неловкости, плохой ритмичности, некоординированности движений, медленного формирования автоматизмов. Дети с трудом овладевают навыками самообслуживания, не любят подвижных игр, часто наблюдаются трудности в овладении навыком письма. В аффективной сфере дисгармония проявляется в сочетании повышенной чувствительности и ранимости в отношении собственных переживаний с парадоксальным для детского возраста отсутствием непосредственности, жизнерадостности, внешней сухостью по отношению к родным и близким. Общение с детьми ограничено, дети плохо ориентируются в эмоциональном состоянии других, не способны к непосредственному выражению своих эмоций. В контактах с окружающими быстро нарастает напряжение, пресыщение, недостаточно сформированы автоматизмы общения. Плохая ориентировка часто приводит к насмешкам со стороны сверстников. Поэтому мальчики часто предпочитают общество девочек (менее агрессивная среда). Одиночество и мир фантазий эти дети предпочитают обществу сверстников. Контакты со взрослыми более активны, в беседах отдают предпочтение абстрактным темам. Дисгармония также наблюдается в интеллектуальной сфере. Плохая ориентировка в конкретных ситуациях, в житейских вопросах сочетается с хорошими, а иногда очень хорошими способностями в области логического мышления.

Вопрос 1: Какой вариант психопатии описан выше;

- 1) шизоидная психопатия;

Компетенции: УК-5.2, УК-5.3

12. Примерная тематика НИРС по теме

13. Рекомендованная литература по теме занятия

1. Тема № 20. Психологические методы исследования аномального ребенка. (в интерактивной форме) (Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2)

2. Разновидность занятия: дискуссия

3. Методы обучения: Не указано

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): формирование представлений о нарушениях психического развития в детском возрасте как о науке, понимания специфичности и уникальности психологического знания, закрепление базовых предметных категорий, позволяющее включаться в профессиональное сообщество, формирование профессиональной ментальности, становление профессиональной позиции

5. Цели обучения

- обучающийся должен знать , уметь , владеть

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Структура содержания темы (хронокарта)

Хронокарта

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	5.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся	5.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний, умений	10.00	Тестирование
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	40.00	Обсуждение докладов по теме занятия. Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа	15.00	Дискуссия по вопросам к теме и обсуждение рефератов. Решение ситуационных задач
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	10.00	Тестирование
7	Задание на дом (на следующее занятие)	5.00	Учебно-методические разработки следующего занятия, и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	90	

8. Аннотация (краткое содержание темы)

В ходе становления и развития клинической психологии были разработаны основные теоретико-методологические положения современной диагностики и изучения отклоняющегося развития.

1. Каждый тип нарушенного развития характеризуется свойственной только ему специфической психологической структурой, определяемой соотношением первичного и вторичного нарушений, иерархией вторичных нарушений.
2. Внутри каждого типа нарушенного развития наблюдается многообразие проявлений, особенно различающихся по степени выраженности.
3. Диагностика строится с учетом общих и специфических закономерностей нарушенного развития.
4. Диагностика ориентируется на выявление не только общих и специфических недостатков развития, но и положительных свойств ребенка, его потенциальных возможностей.

Диагностика отклоняющегося развития может осуществляться в различных формах.

1. *Скрининговая диагностика* проводится обычно с группой или с целым классом и направлена на выявление детей с какими-либо психологическими свойствами, на оценку постоянства этих свойств у данной группы и на выявление примерного спектра психолого-педагогических проблем. Наличие отклонений в психофизическом развитии на этом этапе выявляется без точной квалификации их характера и глубины.
2. *Дифференциальная диагностика* имеет целью определить тип или категорию нарушения и соответствующие особенностям и возможностям ребенка вид и программу образовательного учреждения. Более узкой, но не менее важной целью является отграничение сходных состояний при различных нарушениях, уточнение клинического, психолого-педагогического, функционального диагноза. Ведущая роль на этом этапе принадлежит психолого-медико-педагогическим консультациям — ПМПК. Некоторые авторы разделяют углубленную и дифференциальную диагностику.
3. *Феноменологическая диагностика* (или углубленное психолого-педагогическое изучение) призвана выявить индивидуальные особенности ребенка его познавательной деятельности, работоспособности, эмоционально-волевой и личностной сферы и т.д., т.е. всего того, что должно учитываться при организации индивидуальной коррекционно-развивающей работы с ним. На данном этапе большое значение имеет деятельность ПМПК образовательных учреждений, в том числе специальных.

4. *Динамическое обследование* позволяет проследить динамику развития, эффективность обучения, развивающих и/или коррекционных мероприятий.
5. *Итоговая диагностика* призвана оценить состояние ребенка «на выходе», в конце определенного этапа его обучения или цикла коррекционной работы.

Каждая из форм диагностики обладает своими свойствами, технологиями и набором инструментальных средств — методик и тестов.

Принципы обследования детей с отклонениями в развитии были заложены еще в официальном документе «Об отборе детей во вспомогательные детские учреждения» от 26 октября 1926 г. Последующая работа дефектологов по созданию методов исследования отклоняющегося развития и формулированию принципов отбора в специальные образовательные учреждения основывалась на задаче обеспечения каждому ребенку образовательных условий, наиболее адекватных его возможностям и способностям. Эти принципы, а также материалы Конвенции о правах ребенка Генеральной Ассамблеи ООН легли в основу нового положения о деятельности ПМПК 1992 г.

Основной принцип — *принцип гуманности* — провозглашает необходимость своевременного создания каждому ребенку необходимых условий, при которых он смог бы максимально развивать свои способности. Этот принцип обязывает глубоко и внимательно изучать ребенка, искать пути и средства преодоления его трудностей. Только в том случае, если все необходимые и возможные средства и меры помощи, предоставленные ребенку в общеобразовательном учреждении, не дали положительных результатов, должен ставиться вопрос о направлении его в специальное образовательное учреждение.

Следующие принципы относятся к особенностям организации и проведения исследования, поэтому могут быть обозначены как конкретно-методические.

Принцип комплексного изучения детей обязывает учитывать при коллегиальном обсуждении данные, полученные при обследовании ребенка всеми необходимыми специалистами: врачами, психологами, специальными педагогами. При расхождении мнений назначается повторное обследование. В любом случае при вынесении заключения на первое место ставится учет интересов ребенка.

Принцип комплексности принят самыми разными, отечественными и зарубежными диагностическими концепциями. Комплексная, или мультимодальная, диагностика — это интеграция информации, полученной разными методами. Главное требование к диагносту — хорошее знание отдельных методов, умение интегрировать их результаты в диагностическое заключение, а также представлять разные аспекты комплексной диагностической ситуации (одновременное использование теста в наблюдении за поведением). В изучении человека обычно различают следующие плоскости данных:

- биологическая, или соматическая (на первом плане стоят соматические процессы, которые можно зафиксировать физическими или химическими способами);

психическая, или психологическая (акцент на индивидуальном переживании и поведении, включая деятельность);

- социальная (акцент на межличностных системах — социальные условия);
- экологическая плоскость (в центре внимания находятся материальные условия).

Наличие таких областей науки, как нейропсихология, психоиммунология, психосоматика и т.д., свидетельствует о том, что отдельные плоскости не представляют собой закрытые системы, но связаны друг с другом. Абсолютизация какой-то одной из них не может дать полной картины при рассмотрении психики.

Комплексность, мультимодальность — это общее понятие, которое не определяет до мельчайших деталей выбор методов исследования в каждом конкретном случае. При выборе методов психолог должен руководствоваться гипотезами и теорией и ясно представлять, в каких отношениях состоят методы исследования и исследуемый им феномен.

Принцип всестороннего, системного и целостного изучения ребенка предусматривает исследование его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, поведения. Учитывается физическое состояние, так как оно может существенно влиять на формирование умственных способностей. Требование целостности изучения основывается на том положении, что психическое развитие не складывается из простой суммы отдельных изолированных способностей, поэтому нельзя делать заключение только на основании исследования состояния восприятия, памяти, других психических функций ребенка. Согласно данному принципу, необходимо установление взаимосвязи и взаимозависимости между отдельными проявлениями нарушений развития и первичными нарушениями; иерархии обнаруженных недостатков или отклонений в развитии; соотношения первичных и вторичных отклонений.

Принцип динамического изучения, самый специфический в отечественной специальной психологии и педагогике, опирается на концепцию Л. С. Выготского о двух уровнях умственного развития ребенка — актуальном и потенциальном. Он обуславливает требование об учете в процессе обследования и при оценке результатов выполнения заданий не только того, что ребенок знает и может выполнить в момент исследования, но и его возможностей в обучении, т.е. «зоны ближайшего развития».

Принцип качественно-количественного подхода предусматривает при оценке выполненного задания учет не только и не столько конечного результата, но и способа действий, рациональности выбранных решений, логической последовательности операций, настойчивости ребенка в достижении цели и т.д. Качественный анализ не противопоставляется учету количественных данных, но дополняет, уточняет и обогащает их.

Принцип индивидуального подхода к ребенку в процессе обследования требует, во-первых, максимальной индивидуализации используемых методов, и материалов с учетом возрастных и характерологических особенностей детей; во-вторых, специальной организации позитивной направленности ребенка на контакт со специалистом.

Перспективы развития диагностической работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, реализуются в создании новых оригинальных технологий обследования, основанных на знаниях из детской клинической психологии, нейропсихологии детского возраста, психосоматики в ее психологической составляющей.

Такая работа представляет собой проведение диагностики в едином ключе и комплексную многоаспектную квалификацию состояния ребенка. Результатом конечного этапа диагностики — психологического диагноза — должна стать не только оценка актуального состояния ребенка, но и обеспечение надежного прогноза его развития и обучения. На этой основе специалисты должны получить возможность определять пути и разрабатывать программы наиболее эффективной коррекционной работы, определять для ребенка самый адекватный и эффективный образовательный маршрут.

Комплексное медико-психолого-педагогическое обследование ребенка с подозрением на отклонение в развитии имеет конкретные цели:

- определение характера и степени анатомо-физиологического повреждения и его влияния на весь ход физического и психического развития ребенка;
- постановка или уточнение диагноза;
- выработка рекомендаций к обучению и воспитанию в определенном детском учреждении — общеобразовательном или специальном;
- назначение требуемого лечения;
- составление индивидуальной программы коррекционного воспитания и обучения на основе обследования и определения актуального уровня развития и потенциальных возможностей ребенка.

Обследование может проводиться в течение нескольких дней или недель; возможно в сочетании с коррекционными воздействиями на данного ребенка.

И. Ю. Левченко выделяет как необходимые следующие требования к организации и проведению обследования:

- процедура обследования должна строиться в соответствии с особенностями возраста ребенка на основе активной деятельности, ведущей для его возраста;
- характер объектов и материала в принципе должен быть знаком ребенку, а способ общения с взрослым-экспериментатором быть таким же, как и с другими знакомыми взрослыми;
- методики должны быть удобны для использования, давать возможность стандартизации и математической обработки данных, но одновременно выявлять качественные особенности процесса выполнения заданий;
- анализ полученных результатов должен быть качественно-количественным, позволяющим выявить своеобразие развития ребенка и его потенциальные возможности (количественные показатели используются для определения степени выраженности того или иного качественного показателя, что облегчает разграничение нормы и патологии, позволяет сравнивать результаты детей с разными нарушениями развития);
- выбор качественных показателей должен определяться их способностью отражать уровни сформированности психических функций, нарушение которых характерно для детей с отклонениями в развитии;
- для получения достоверных результатов важно установить продуктивный контакт и взаимопонимание психолога и ребенка;
- следует продумать порядок предъявления заданий: некоторые исследователи (А. Анастаси, В. М. Блейхер и др.) считают целесообразным располагать их по степени возрастания сложности — от простого к сложному, другие (И. А. Коробейников, Т. В. Розанова) — чередовать простые и сложные задания для профилактики утомления.

Обязательным требованием является *всесторонность изучения* уровня развития психики:

- познавательных процессов (восприятия; наглядно-действенного, наглядно-образного, словесно-логического, понятийного мышления; образной и словесно-логической памяти и т.д.);
- разных сторон речи;
- эмоционально-волевых и личностных особенностей;
- работоспособности и утомляемости.

Требования к набору диагностических заданий сложились в ходе развития теории и практики диагностики отклоняющегося развития. Он должен быть апробирован на достаточно большом (не менее 30) количестве здоровых, нормально развивающихся детей такого же возраста, как обследуемый ребенок.

Н. Я. и М. М. Семаго выделяют *этапы диагностического процесса в рамках работы школьной психологической службы*.

1. *Выяснение жалоб и трудностей ребенка, констатируемых родителями или педагогами.*
2. *Ознакомление с имеющейся информацией и сбор психологического анамнеза.*
3. *Собственно психологическое обследование.*
4. *Экспресс-анализ результатов (в том числе подтверждение или коррекция диагностической гипотезы), проводимый в процессе самой диагностики и позволяющий провести первичное консультирование родителей или педагогов непосредственно после обследования.*
5. *Полный анализ полученных результатов, постановка психологического диагноза.*
6. *Составление заключения с формулированием психологического диагноза, вероятностного прогноза дальнейшего развития ребенка и рекомендаций по комплексному сопровождению ребенка в образовательном пространстве.*

ЭКСПЕРИМЕНТ

В большинстве пособий, посвященных отбору детей в специальные школы, в предлагаемых методиках помощь экспериментатора никак не регламентируется. Поэтому у одного психолога она может оказаться минимальной, у другого — чрезмерной, и эксперимент теряет необходимую объективность. В рамках решения этой проблемы Л. Я. Ивановой под руководством Б. В. Зейгарник разработана методика *обучающего эксперимента*, в которой помощь психолога регламентирована и внесена в структуру самого эксперимента.

Показателем обучаемости становится степень помощи ребенку, достаточная, чтобы научить его новому способу действия. Этот принцип построения эксперимента широко используется в диагностике отклоняющегося развития.

Формирующий (обучающий) эксперимент — неотъемлемая часть дифференциальной диагностики, позволяющая более достоверно оценить психические явления, раскрыть характер самого процесса выполнения задания, выявить качественный профиль отклоняющегося развития. Запланированная заранее, дозированная, или градуированная, помощь позволяет видеть и точно измерять продвижение ребенка в решении задачи в зависимости от объема и формы помощи. Кроме того, обучающий эксперимент дает информацию о том, в какой мере помощь в решении одной задачи влияет на поведение ребенка в аналогичных проблемных ситуациях, то есть насколько эта помощь усваивается и насколько новый способ действия включается в соответствующий вид деятельности ребенка.

Эффективность использования схемы формирующего эксперимента повышается, если он сочетается с *лонгитудной стратегией*. Повторение одной и той же (или примерно аналогичной) экспериментальной процедуры на одной группе испытуемых через определенные интервалы времени позволяет отделить возрастные и индивидуальные свойства от клинических, связанных с основным нарушением.

С. Л. Рубинштейн писал: «Мы изучаем ребенка, обучая его. Мы не отказываемся для этого от экспериментирования в пользу наблюдения за педагогическим процессом, а вводим элементы педагогического воздействия в самый эксперимент, строя изучение по типу экспериментального урока. Обучая ребенка, мы стремимся не зафиксировать стадию или уровень, на котором находится ребенок, а помочь ему продвинуться с этой стадии на следующую, высшую стадию. В этом продвижении мы изучаем закономерности развития детской психики» (Основы общей психологии: В 2 т. Т. 1. М., 1989. С. 61).

Важнейшим достоинством формирующего эксперимента, по мнению ученых, является новый тип научности в психолого-педагогической практике — проектно-программный. В центре его внимания находится не столько изучение того, что сложилось и существует, сколько создание, «выращивание» возможного и перспективного. В формирующем эксперименте экспериментальным делается сам педагогический процесс — модель становления определенных способностей в специально проектируемых условиях. В ходе эксперимента и выявляются закономерности, механизмы, динамика, тенденции психического развития ребенка.

НАБЛЮДЕНИЕ

Наблюдение как целенаправленное восприятие исследуемого объекта — один из ведущих методов при изучении ребенка с отклоняющимся развитием. Он имеет особое значение, поскольку не всегда удается провести психологический эксперимент из-за тяжести и выраженности нарушений в развитии испытуемого; кроме того, направленность на качественный анализ экспериментальных данных обязательно предполагает их дополнение данными наблюдения.

Наблюдение начинается с момента появления ребенка в консультации и продолжается на протяжении всего времени обследования. Для того чтобы наблюдение можно было считать научным методом, оно должно быть планомерным, систематичным, целенаправленным и объективным; должно не только описывать явление полностью, но и объяснять его. Данные наблюдения фиксируются в специальном протоколе. Эти требования являются общими как для научной и практической психологии в целом, так и для специальной.

Особое внимание обращается специалистами на так называемый *дефект-центризм* — сложный установочный феномен, приводящий к смещению возрастных и индивидуальных характеристик действий ребенка с клиническими симптомами.

Психологические механизмы дефект-центризма заключаются в апперцепции (зависимости восприятия от жизненного, в данном случае — профессионального опыта) и антиципации (способности в некоей форме предвидеть развитие событий или явлений). Поскольку, как правило, психолог заранее знает о неблагополучии ребенка, которого собирается изучать, все своеобразие его поведения он может начать объяснять наличием основного нарушения. Таким образом, искажаются не только выводы о состоянии испытуемого, но и сам процесс наблюдения.

При свободном наблюдении, в том числе включенном, главными ориентирами являются *особенности базовых проявлений активности* ребенка:

- уровень общей и двигательной активности;
- ритмичность различных психофизиологических актов (сон, кормление);
- характер эмоциональных и поведенческих реакций на новые стимулы — еду, игрушки, людей;
- интенсивность эмоциональных реакций при выражении желаний и отношений;
- качество настроения;
- способность к сосредоточению на эмоциональном контакте или деятельности;
- способность к преодолению препятствий.

При квалификации наблюдаемых особенностей поведения как отклонений можно руководствоваться следующими критериями:

- изменение привычного для данного ребенка поведения в целом;
- несоответствие поведения половозрастным нормам развития;
- длительность отмечаемого своеобразия в поведении;
- тяжесть и частота наблюдаемых симптомов нарушения;
- «синдромологичность», множественность своеобразных черт;
- социальные факторы появления того или иного симптома отклонения;
- пристрастие к ритуализированным, однообразным действиям при отсутствии привязанности к близким взрослым;
- запаздывание в формировании навыков опрятности.

Наблюдение во время психологического обследования (эксперимента) гораздо продуктивнее, если используется специальная, заранее заготовленная карта-схема с применением определенных символов. Это позволяет отметить наличие и интенсивность наблюдаемых характеристик, не привлекая внимания ребенка: например, зачеркивание символа, обозначающего признак, означает его отсутствие; подчеркивание — наличие в средней степени; двойное подчеркивание — сильная интенсивность и т.д.

Протокол наблюдения обычно начинается с оценки *внешнего вида* ребенка:

- *особенности телосложения* — наличие диспропорций искому развитию, склонность к маскулинизации у девочек или к феминизации у мальчиков, излишняя полнота или худощавость, тип телосложения (астенический, атлетический, пикнический);
- *чистота одежды, кожи* — важный показатель, отражающий степень внимания родителей к ребенку, социально-культурные стереотипы семьи;
- *цвет лица* (бледный, ярко-румяный) говорит не только о состоянии здоровья, но и об эмоциональном состоянии ребенка в данный момент;
- *особые приметы* — шрамы, татуировки, внешние признаки хромосомных аномалий и т.д.;
- *прическа и одежда* отражают аккуратность и вкус, возможно — выражение протеста против норм взрослых или демонстративность. Особо отмечается, имеется ли в манере одеваться какая-либо необычность,

дисгармония.

Общий фон настроения ребенка до начала эксперимента и в процессе выполнения заданий оценивается по многим показателям:

- *осанка, степень подвижности* — как ребенок держится — скованно, напряженно, вяло, свободно; насколько пластичны либо неуклюжи его движения;
- *мимика и жесты* — важно заметить, не является ли выражение лица ребенка лишь маской, скрывающей его истинные чувства и мысли; соответствуют ли мимика и жесты ситуации и высказываниям;
- *признаки невротических проявлений* — дрожь в руках, подергивание плечами, стереотипное гримасничанье, покусывание губ или ногтей, шмыганье носом, постоянное переключивание предметов, ерзание на стуле, раскачивание и т.п. Обычно эти знаки усиливаются при нарастании напряжения и тревоги, если ребенок затрудняется в выполнении предлагаемых заданий или у него возникают вопросы, затрагивающие аффектогенные зоны;
- *общий фон настроения* (беспечный, серьезный, тревожный, эйфоричный, равнодушный и т. д.) и его изменения в зависимости от успешности выполнения экспериментальных заданий и хода беседы. Симптоматично, если настроение не соответствует влиянию внешних факторов, то есть не меняется вообще либо меняется неадекватно или без очевидных причин.

Общая и психическая активность выявляется путем наблюдения и фиксации следующих признаков: энергичность и целесообразность движений, мимики, жестов либо их хаотичность и судорожность, вялость и суетливость. Общая подвижность ребенка может быть высокой, нормальной и низкой.

Наблюдение за словесными проявлениями ребенка включает оценку интенсивности голоса (слишком громкий или почти шепот), его выразительность или монотонность, особенности тембровой окраски, темп речи (торопливый, сбивчивый или замедленный) и его изменения в ходе выполнения заданий, степень речевой активности (от болтливости до односложности высказываний, когда приходится буквально «вытягивать» ответы). Отмечаются также недостатки произношения, наличие инфантильных слов и оборотов, жаргонных выражений.

То, как строит испытуемый свои *отношения с психологом* в процессе обследования, — важная часть наблюдения. Обращается он к психологу с детской непосредственностью, соответствующей возрасту, слишком инфантилен, подчеркнуто вежлив и исполнительен, демонстрирует изысканные манеры или фамильярность — все это показатели личностного развития. Фиксируется, как испытуемый ведет себя в первые минуты общения, *когда устанавливается контакт*: недоверчиво, робко, испуганно, слишком смело, развязно, не соблюдая дистанции в общении, стремится избежать контакта.

В процессе диагностики отмечается, *как реагирует ребенок на неуспех* (ведет себя агрессивно, вплоть до грубости, обвиняя в своей неудаче внешние обстоятельства; обвиняет себя, вплоть до проявления депрессивных тенденций; пытается хитрить, угадывая правильный ответ; оправдывается и уверяет, что его ошибки случайны; принимает неудачу равнодушно и т.д.), а также *на подсказку психолога*, его замечания или похвалу, подбадривание.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ

В целом *нейропсихологический анализ*, в соответствии с моделью подразделения мозга на три основных структурно-функциональных блока (А. Р. Лурия), дает *информацию*:

1. о состоянии энергетического обеспечения психической деятельности или регуляции уровня активности мозга; при дисфункции этого блока резко выражены утомляемость, колебания внимания и работоспособности;
2. о возможностях операциональной деятельности — приема, переработки и хранения слуховой, зрительной, кинестетической (возникающей от движений) и полимодальной, в том числе зрительно-пространственной, информации;
3. о состоянии процессов программирования, регуляции и контроля над протеканием психической деятельности — всех произвольных действий, в том числе серийной организации движений и действий.

Операции каждого из блоков обязательно участвуют в реализации любой ВПФ.

Например, при письме в звуко-буквенной перешифровке участвуют операции по переработке кинестетической информации (при проговаривании вслух или про себя), слуховой информации (фонематический слух, слухо-речевая память), зрительной информации (зрительная память — актуализация образа буквы).

Кроме этих операций второго блока требуется определенный уровень активности (первый блок) и программирование и контроль произвольных действий (третий блок), иначе ребенок не включится в действие или будет отвлекаться от него.

В акте письма будут принимать участие также серийная организация движений (третий блок) и выбор тонких точных движений на основе кинестетического анализа (второй блок).

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Научный анализ нарушений ВПФ разрабатывался параллельно с методами, позволяющими за внешним сходством симптомов:

- вскрывать их внутреннее различие;
- устанавливать связь выявленных дефектов развития с патологией, дисфункцией или особенностями строения определенных отделов мозга или своеобразием (нарушениями) функционального состояния;
- выявлять неспецифические нейродинамические особенности мозговой деятельности — подвижность психических процессов, темп, работоспособность.

К основным задачам нейропсихологической диагностики относятся:

1. дифференциально-диагностическое исследование, позволяющее на основе качественного анализа нейропсихологических синдромов выявить сохранные и нарушенные (сильные и слабые) звенья психических процессов, определить ведущие нейропсихологические факторы синдромов и прийти к определенным выводам:
 - -об индивидуальном развитии испытуемого, структуре и функционировании у него ВПФ;
- о наличии патологического очага (очагов) в его мозге;
2. количественная оценка результатов исследования, позволяющая выявить степень выраженности имеющихся нарушений или изменений;
3. осуществление динамического наблюдения за состоянием психических процессов у одного и того же испытуемого в ситуациях, когда на него оказывают воздействие различные внешние факторы в ходе лечения, обучения, коррекции и т.д., а также на разных этапах его индивидуального развития;
4. определение «зоны ближайшего развития» — потенциальных возможностей испытуемого выполнить различные задания в условиях специально организованного эксперимента;
5. разработка на основе данных нейропсихологического обследования адекватных индивидуализированных программ восстановления, коррекции, обучения;
6. изучение эффективности различных видов воздействия;
7. составление ближайших и долгосрочных прогнозов.

Благодаря системному нейропсихологическому анализу ВПФ создается возможность более глубокого понимания общих механизмов симптомообразования, структуры нарушений познавательной деятельности при аномалии психического развития, в том числе при ее относительно негрубых формах, например при ЗПР. Такой анализ может преследовать три цели:

1. *топическая диагностика* поражения мозга наиболее актуальна при исследовании испытуемых с локальными церебральными нарушениями;
2. *установление функционального диагноза* — определение дефицитарных функций и выявление сохранных фондов корковых функций;
3. *выявление соотношения симптомов незрелости и повреждения ЦНС*, а также возрастной динамики развития ВПФ (И. Ф. Марковская).

Такой подход имеет наибольшую ценность при решении вопросов реабилитации поврежденных функций и формирования незрелых функциональных систем у детей с различными нарушениями психического развития.

В зависимости от задач и направленности *нейропсихологического обследования применяемые методы* могут быть:

- стандартизованными (одни и те же задания для всех испытуемых) или гибкими (разные задания, специфичные для каждого испытуемого);
- сгруппированы или отбираться отдельно для оценки узкоспециализированной функции и проводиться как индивидуальное обследование;
- количественными (выполнение или невыполнение теста в нормативно заданное время) или качественными, ориентированными на процесс и специфические особенности выполнения задания, квалификацию ошибок, допущенных при тестировании.

К наиболее разработанным методам оценки синдромов в нейропсихологии относится *система приемов А. Р. Лурии*, сведенная им в логически целостный блок и направленная на характеристику клинического «поля факторов», то есть выявление и описание принципиальных сторон психических нарушений при локальных поражениях мозга без

точной количественной их оценки.

Схема А. Р. Лурии включает:

1. формальное описание испытуемого, историю его болезни (развития) и результаты различных лабораторных и аппаратных обследований;
2. общее описание психического статуса испытуемого — состояние сознания, способность ориентироваться в месте и времени, уровень критики и эмоционального фона;
3. исследования произвольного и непроизвольного внимания;
4. исследования эмоциональных реакций на основании жалоб больного, по оценке им лиц на фотографиях, сюжетных картин;
5. исследования зрительного гнозиса — по реальным объектам, контурным изображениям, при предъявлении различных цветов, лиц, букв и цифр;
6. исследования соматосенсорного гнозиса с помощью проб узнавания объектов на ощупь, на прикосновение;
7. исследования слухового гнозиса при узнавании мелодий, при локализации источника звука, повторении ритмов;
8. исследования движений и действий при выполнении последних по инструкции, при установке позы, а также оценка координации, результатов копирования, рисования, предметных действий, адекватность символических движений;
9. исследования речи — через беседу, повторение звуков и слов, называние предметов, понимание речи и редко встречаемых слов, логико-грамматических конструкций;
10. исследования письма — букв, слов, фраз;
11. исследования чтения — букв, бессмысленных и осмысленных фраз и неверно написанных слов;
12. исследования памяти — на слова, картинки, рассказы;
13. исследования системы счета;
14. исследования интеллектуальных процессов — понимания рассказов, решения задач, правильности окончания фраз, понимания аналогий и противоположностей, переносного и обобщающего смысла, умения классифицировать.

Классический вариант нейропсихологического обследования разрабатывался на контингенте взрослых с локальными поражениями мозга. *Работа с детьми потребовала адаптации имеющихся методов:* содержания, т.е. предлагаемого для исследования материала, и процедуры, т.е. длительности исследования, с учетом возрастных особенностей и этапов развития. Системный анализ ВПФ все чаще используется в психиатрии детского возраста и дефектологии при различных вариантах психического дизонтогенеза.

Для каждого этапа психического развития ребенка необходимо взаимодействие двух факторов: *потенциальной готовности комплекса определенных мозговых образований к обеспечению развития и востребованности от социума к постоянному наращиванию зрелости и силы того или иного психологического образования.* При отсутствии такой востребованности или ее недостатке развитие ВПФ затормаживается и/или искажается, что вызывает вторичные функциональные деформации на уровне мозга.

Программа нейропсихологической диагностики и коррекции детей от 4 до 12 лет А. В. Семенович с соавторами базируется на классических разработках А. Р. Лурии, Е. Д. Хомской, Л. С. Цветковой, но дополнена рядом сенсibilизированных «детских» проб. Данные диагностики высших корковых функций позволяют выявить:

- синдромы функциональной несформированности лобных отделов мозга, левой височной доли, межполушарных взаимодействий, правого полушария;
- синдромы дефицитарности подкорковых и стволовых образований мозга;
- атипичию психического развития.

На основании сопоставления выполнения предложенных проб делается вывод о сформированности каждого из блоков мозга — функциональный диагноз, заключение о том, нуждается ли ребенок в специальной помощи, даются рекомендации о направлениях коррекционно-развивающей работы.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД

Принципиально, что в патопсихологическом эксперименте психические процессы рассматриваются не как врожденные способности, а как прижизненно формирующиеся виды деятельности, следовательно, эксперимент призван обеспечить возможность *исследовать психические нарушения как нарушения деятельности*. Он должен быть направлен на *качественный анализ* различных форм распада или недоразвития психики, то есть на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и возможностей ее восстановления.

Количественный анализ допустим, указывает Б. В. Зейгарник, когда проведена тщательная качественная психологическая квалификация фактов, поэтому, прежде чем приступить к измерению, надо установить, что измеряется. Один и тот же патопсихологический симптом может обуславливаться разными механизмами и быть индикатором различных состояний.

Эксперимент обязательно должен актуализировать личностное отношение испытуемого. В. Н. Мясищев в своем труде «Работоспособность и болезнь личности» показывает, что психическое и психопатологическое явление может быть понято только на основе учета отношения человека к работе и самому себе, его мотивов и целей, требований к себе и к результату работы и т.д.

Этот подход диктуется и принципом детерминации психической деятельности. Внешние условия не определяют непосредственно поведение и поступки человека, они преломляются через «внутренние условия». Его суждения или действия не являются непосредственной реакцией на внешние раздражители, а опосредуются установками, мотивами, потребностями (С. Л. Рубинштейн). Эти установки складываются прижизненно, и, сформировавшись, они сами определяют действия и поступки человека, больного и здорового.

Особенности патопсихологического эксперимента.

1. *Его строение должно давать возможность обнаружить структуру не только измененных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности*, что очень важно при решении вопросов восстановления нарушенных функций или развития недоразвитых.
2. *Всегда должно учитываться своеобразное отношение испытуемого к опыту*, зависящее от его болезненного состояния. Наличие возбуждения или заторможенности заставляет иначе строить эксперимент, иногда менять его на ходу.
3. *Необходимо многообразие применяемых методик*. Это требование обусловлено рядом важных факторов.

Во-первых, распад или недоразвитие психики неоднородны: практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушались процессы анализа и синтеза, а у другого страдала исключительно целенаправленность. Не каждый методический прием или задание позволяют судить с одинаковой очевидностью и достоверностью о той или иной форме либо степени нарушения.

Во-вторых, очень часто изменение инструкции, какой-нибудь экспериментальный нюанс меняют характер данных. Например, если в опыте на запоминание и воспроизведение слов экспериментатор подчеркивает значимость своей оценки, то результаты скорее будут более показательны для оценки отношения испытуемого к работе, чем для оценки запоминания. И поскольку сама ситуация эксперимента с больным человеком в течение опыта часто меняется (хотя бы потому, что меняется его состояние), сопоставление результатов различных вариантов эксперимента является обязательным.

Наконец, выполняя то или иное задание, больной не только правильно или ошибочно его решает — решение задачи часто вызывает осознание своего дефекта, больные стремятся как-то компенсировать его, найти опорные пункты для исправления ошибок. Разные задания предоставляют разные возможности для этого.

4. *Необходима возможность неоднократного повторения эксперимента*. Нарушение психической деятельности часто бывает нестойким. При улучшении состояния больного некоторые особенности его мыслительной деятельности исчезают, другие остаются. Характер обнаруживаемых нарушений может меняться в зависимости от особенностей самого экспериментального приема, поэтому только сопоставление результатов различных вариантов какого-нибудь метода, при этом многократно применяемого, дает право судить о характере, качестве, динамике нарушения психики больного.

*Диагностика познавательной и личностной сферы.*¹

При изучении нарушений познавательных процессов эксперимент должен показать:

- как распадаются те или иные мыслительные операции;
- как видоизменяется процесс приобретения новых связей;
- в какой форме искажается возможность пользования системой образовавшихся в прежнем опыте связей;
- сохранность или нарушение динамики и направленности психических процессов.

Патопсихологические исследования познавательной деятельности направлены на выявление нарушений восприятия, памяти, мышления, процессов саморегуляции познавательной деятельности, умственной работоспособности, сознания. Для построения патопсихологического эксперимента используются известные методики классификации, исключения четвертого лишнего, толкования пословиц и метафор, пиктограмм, описания сюжетных картинок и др.

Патопсихологические *исследования личности и деятельности* направлены на изучение патопсихологии мотивов — их структуры и иерархии, формирования патологических потребностей и мотивов, смыслообразования, саморегуляции и опосредования, аспонтанности и не критичности поведения, формирования патохарактерологических особенностей личности.

Разобраться в этом «сложнейшем клубке диалектических противоречий» (по Зейгарник) с помощью какого-нибудь одного метода невозможно. Сбор лишь эмпирических фактов уподобляет психолога, по выражению Г. Олпорта, «всаднику без головы», скачущему за фактами и собирающему их в мешок. При изучении изменений личности с помощью так называемых личностных опросников полученные данные следует анализировать только в связи с исследованием жизненного пути испытуемого.

По своей сути эксперимент в этой области всегда касается определенного человека в определенных условиях. Даже исследования нарушений познавательных процессов выявляет в их структуре личностную детерминацию. В этой связи, считает Зейгарник, разделение методик на «личностные» и «неличностные» условно: даже складывание, например, куба Линка может выявить личностные особенности человека. Наиболее часто, вместе с тем, применяются различные варианты методики исследования «уровня притязаний» (Ф. Хоппе), методика исследования «психического пресыщения» (А. Карстен), проективные методики — чернильные пятна Роршаха, Тематический Апперцептивный Тест (ТАТ) Мюррея и Моргана и др.

В целом в качестве методологической основы патопсихологического эксперимента, направленного на исследование личности, выступает моделирование особых форм деятельности, включающих ее главные личностные индикаторы — мотивированность действий, их целенаправленность, возможность контроля, регуляция, критичность. *Патопсихологический эксперимент направлен на анализ личности, а не на выделение отдельных черт.*

Направленность на качественный анализ данных в патопсихологическом эксперименте не исключает их статистической обработки, особенно при решении таких практических задач клиники, как трудовая или судебная экспертиза, отбор ребенка в специальное учебное учреждение. Вместе с тем программа патопсихологического исследования принципиально не может быть единообразной, стандартной, она зависит от клинической задачи.

Раскрытие качественной характеристики психических нарушений особенно важно при исследовании детей с отклоняющимся развитием. При любой степени психического недоразвития или заболевания всегда происходит дальнейшее, пусть замедленное или искаженное, развитие ребенка. Поэтому психологический эксперимент с ним должен не ограничиваться установлением структуры и уровня развития психических процессов, но прежде всего — выявить его потенциальные возможности. Принципы и положения такого эксперимента освещены в первом параграфе четвертой главы.

ТЕСТИРОВАНИЕ

Метод тестов относится к метрическому подходу, предполагающему количественное измерение тех или иных показателей психического развития. В специальной психологии его применение традиционно, так как, собственно, здесь впервые и появились стандартизированные тестовые методики.

При использовании *стандартизированного метода* необходимо выполнение ряда *жестких требований*, без чего невозможна достоверная оценка измеряемых показателей:

- инструкция по применению конкретной стандартизированной методики не может быть изменена даже частично;
- порядок и способ предъявления стимульного материала (заданий) должны точно соответствовать разработанному авторскому варианту;
- недопустимы какие-либо пояснения, подсказки, использование наводящих вопросов;
- нельзя оказывать помощь, если она не предусмотрена процедурой, критиковать или усиленно хвалить ребенка.

Любое отклонение в способе предъявления заданий может быть причиной изменения успешности его выполнения и, следовательно, привести к неправильным выводам. Если в процессе диагностики возникают какие-либо неожиданные ситуации, негативные эмоциональные реакции, потребовавшие перерыва или дополнительного взаимодействия с ребенком, результаты выполнения заданий уже не могут подсчитываться принятым для данной методики способом. Количественная оценка становится невозможной, однако полученные данные могут быть

использованы для качественного анализа индивидуальных особенностей.

В современной дефектологической практике обследования детей широкое распространение получил тест Д. Векслера по определению коэффициента интеллектуального развития, адаптированный в нашей стране для детей от 5 до 16 лет (А. К. Панасюк, А. Ю. Панасюк). Его теоретической основой является положение о том, что интеллект включает не только способность оперировать символами, абстрактными понятиями, логически мыслить, но и ориентироваться в ситуации и решать задачи с конкретными объектами.

Начало формы

Тест применялся для дифференцирования здоровых и умственно отсталых детей, для изучения детей с ЗПР, для анализа причин неуспеваемости. Он позволяет получить представление не только об общем уровне интеллекта, но и об особенностях его структуры, благодаря наличию вербальной и невербальной шкал. Степень выраженности интеллектуальных характеристик вычисляется по единой двадцатибалльной шкале, что дает возможность определить сильные и слабые стороны интеллектуальной деятельности ребенка, его компенсаторный фонд, сравнить его достижения со средними нормами. По результатам теста можно получить три итоговые статистические оценки — общую, вербальную, невербальную — с соответствующими интеллектуальными коэффициентами.

Субтесты, входящие в вариант методики Векслера для детей, практически не отличаются по содержанию от широко применяемых в патопсихологии экспериментально-психологических методик, для которых разработаны параметры качественного анализа данных.

Субтест 1. Осведомлённость

Субтест 2. Понятливость

Субтест 3. Арифметический

Субтест 4. Сходство

Субтест 5. Словарный

Субтест 6. Повторение цифр

Субтест 7. Недостающие детали

Субтест 8. Последовательные картинки

Субтест 9. Кубики Косса

Субтест 10. Складывание фигур

Субтест 11. Шифровка

Субтест 12. Лабиринты

Таким образом, психолог имеет возможность вносить в процедуру тестового исследования необходимые изменения и дополнения, направленные на изучение качества нарушения. В отличие от стандартной процедуры в этом случае подробно и тщательно протоколируется весь ход эксперимента — все, что и как делает и говорит испытуемый. При этом чистота самого теста не нарушается, так как количественные оценки выводятся стандартным образом, а любые дополнения и изменения, внесенные по ходу эксперимента, используются для качественного анализа данных.

Тест Бине - Симона - это средство диагностики развития интеллекта,

Министерство образования Франции в 1904 г поручило Бине разработать методику, которая помогла бы отделить детей, способных к учению, но, ленивых, от детей, страдающих врожденными дефектами, и потому неспособных учиться в нормальной школе. В сотрудничестве с А. Симоном Бине провел целую серию экспериментов по изучению памяти, внимания, мышления у детей разного возраста, начиная с 3-х лет. Экспериментальные задания проверялись по статистическим критериям и рассматривались как средство определения уровня интеллекта.

Первая серия тестов появилась в 1905 г и давала возможность оценивать умственное развитие детей. Тесты умственного развития были разработаны для каждого возраста. Решались они детьми определенного возраста из экспериментальной выборки, составлявшей 300 испытуемых. Первоначально в тесте было 30 вербальных, перцептивных, манипулятивных задач. Критерием их расположения было повышение трудности в соответствующей

возрастной когорте – каждую задачу должны были решать 75% детей этого возраста, если их интеллектуальное развитие было нормальным. Исходя из количества задач, решенных правильно, определялся умственный возраст ребенка.

Вторая редакция шкалы Бине Основой проверки и стандартизации, которую проводил коллектив сотрудников Стэнфордского университета, послужила вторая редакция шкалы Бине. Руководил этой работой Л. М. Термен. Основная шкала Бине имела много изменений и получила название – шкала Стэнфорд-Бине. Шкала имела два отличия от тестов Бине, а именно, в нее были введены: коэффициент интеллектуальности (IQ); понятие «статистическая норма». Коэффициент интеллектуальности предложил В. Штерн, который считал, что показатель умственного возраста имеет существенный недостаток – одинаковая разность между умственным и хронологическим возрастом имеет неодинаковое значение для различных возрастных ступеней. Для устранения недостатка Штерн предложил частное, получаемое при делении умственного возраста на хронологический, отделять. Данный показатель, умноженный на 100, Штерн назвал коэффициентом интеллектуальности. Этот показатель дает возможность классифицировать детей по степени умственного развития. Понятие статистической нормы – это ещё одно нововведение, которое стало критерием, позволяющим сравнивать и оценивать индивидуальные тестовые показатели, давая им психологическую интерпретацию.

Диагностика познавательных процессов Шкала Стэнфорд-Бине предлагает такие задания для детей младшей группы: показать свой рот, нос, глаза; повторить предложение, состоящее из шести слов – « Я очень люблю свою добрую маму»; повторить по памяти два числа; дать название нарисованным предметам; назвать свою фамилию. После выполнения задания для младшей группы в диагностический журнал должны быть внесены условные обозначения. Обозначения простые, но, дают возможность быстро фиксировать результаты выполнения заданий. Выполненные задания обозначаются «+», задания, которые ребенок выполнил не полностью, обозначаются «+?», не выполненные задания обозначаются знаком «-». Далее идет диагностика познавательных процессов – восприятия, памяти, внимания, речи, мышления. Оценить уровень развития внимания и речи психолог может в ходе наблюдения за ребенком, в ходе обследования и анализа его деятельности во время выполнения заданий. Исследование детей младшего возраста можно проводить с использованием игры «Что изменилось?». Суть игры заключается в том, что перед ребенком выставляют в ряд три цветных формочки и просят запомнить их расположение. Затем расположение формочек меняют и предлагают ребенку выяснить, что же изменилось? С помощью условных обозначений все результаты фиксируются в сводной таблице. Чтобы проверить восприятие цвета, проводят игру «Разложи кружочки по коробочкам». Кружочки диаметром 3 см, раскрашенные в основные цвета, и коробочки с соответствующим цветом раскладывают перед ребенком. Ребенок должен разложить кружочки в соответствующие коробочки. Насколько у ребенка развит уровень зрительной памяти исследуют с помощью предметных картинок. Семь картинок с изображением известных ребенку предметов кладут перед ним. Установка на запоминание отсутствует. По инструкции надо внимательно посмотреть на картинки, затем их убирают и просят ребенка назвать запомнившиеся картинки. Мышление диагностируют с помощью игры «Четвертый лишний». В ходе игры психолог проверяет умение проводить анализ, синтез, умение делать обобщение. Суть игры – три таблицы, предлагаются ребенку поочередно, на таблицах изображены геометрические фигуры. Фигуры первой таблицы отличаются величиной, второй таблицы отличаются цветом, фигуры третьей таблицы отличаются величиной и формой – ребенок должен выделить форму.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ (Методика Г. И. Россолимо).

Решая задачу количественной оценки психических процессов применительно к норме и патологии, Г. И. Россолимо разработал методику психологического профиля, охватывающую три группы психических процессов – внимание и воля, точность и прочность восприятия, а также ассоциации. Отличительной особенностью метода является его независимость от возраста испытуемого. Сам Россолимо воспринимал предложенный им тестовый комплекс как надежное орудие диагностики умственной отсталости.

1. [ВНИМАНИЕ](#)

2. [ВОЛЯ](#)

- [ТОЧНОСТЬ ВОСПРИИМЧИВОСТИ](#)

1. [ЗАПОМИНАНИЕ \(ПРОЧНОСТЬ ВОСПРИИМЧИВОСТИ\)](#)

2. [ОСМЫСЛЕНИЕ](#)

3. [КОМБИНАТОРНАЯ СПОСОБНОСТЬ](#)

- [СМЕТЛИВОСТЬ](#)
- [ВООБРАЖЕНИЕ](#)

1. [НАБЛЮДАТЕЛЬНОСТЬ](#)

ХОД И УСЛОВИЯ ЭКСПЕРИМЕНТИРОВАНИЯ

Вся эта методика, предназначенная для количественного исследования 11 психических процессов и выведения

«психологического профиля» одной личности, сводится к 38 группам исследований по 10, то есть к 380 опытам. Для решения такого большого количества задач требуется не менее 3½ часов даже при самой значительной скорости работы. Опыт показывает, что правильнее всего делить все исследования на 3 части и проводить их в течение 3-х дней, а в случаях слабости и значительной утомляемости испытуемого – распределить даже на 4 и более дней.

1-ый день

1. Запоминание с первичной репродукцией после слухового восприятия элементов речи и чисел.
2. Устойчивость внимания – простая и с выбором.
3. Точность восприимчивости: с узнаванием и суждением.
4. Наблюдательность.
5. Вторичная репродукция воспринятого в начале.

2-й день

1. Запоминание с первичной репродукцией специально зрительных восприятий.
2. Воля.
3. Комбинаторная способность.
4. Сметливость.
5. Вторичная репродукция воспринятого в начале.

3-ий день

1. Запоминание с первичной репродукцией зрительного восприятия элементов речи и чисел.
2. Устойчивость внимания с отвлечением и объемом внимания.
3. Точность восприимчивости с воспроизведением и восприимчивости цветов.
4. Осмысление.
5. Воображение.
6. Вторичная репродукция.

Распределение сделано так, что слуховое запоминание идет впереди как более летучее и значительно отдалено от запоминания элементов чисел и речи посредством зрительного восприятия. Такой утомительный отдел, как изучение внимания, и тонкие опыты вроде тахистоскопических экспериментов с точностью восприимчивости разделены на две части.

Во время тестирования можно ограничиваться лишь отметками правильных и неправильных показаний, а вычисления и выводы делать в отсутствие испытуемого.

Для оценки профиля предлагается пользоваться формулой, отражающей основные особенности каждого профиля, то есть:

- 1) среднюю высоту компоненты, получаемую при делении суммы всех 11 высот ординат («объема» всего профиля) на 11;
- 2) среднюю высоту для двух первых компонент – внимания и воли – вместе взятых (высоту первой группы);
- 3) среднюю высоту второй группы компонент – точности всех трех видов восприимчивости;
- 4) среднюю высоту 5 ассоциативных компонент (третьей группы);
- 5) средний процент забываемости.

Составляется эта формула следующим образом:

P (профиль) * a (средняя высота) = t (тонус) * a + p (восприимчивость) * a + as (ассоциативность) * a + $F\%$ (забываемость)

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ

Детский апперцептивный тест ([англ. Children's Apperception Test; CAT](#)) — вариант [Тематического Апперцептивного Теста \(ТАТ\)](#) для детей; проективная психодиагностическая детская методика, которая была разработана Леопольдом и Соней Беллок. САТ предназначен для психологической диагностики эмоционального состояния, потребностей и личности детей в возрасте от 3 до 10 лет.

Стимульный материал состоит из 10 стандартных чёрно-белых таблиц-рисунков. В качестве персонажей

изображённых ситуаций выступают животные, которые в большинстве случаев выполняют человеческие действия. Рисунки выполнены в манере, характерной для детских книг, на них изображены различные ситуации, которые направлены на выявление проблем, связанных с удовлетворением потребности ребёнка в питании, конкуренцией между братьями и сестрами, взаимоотношениями с родителями, представлениями об отношениях между родителями (например, о пребывании их в одной постели), а также на исследование проблем агрессии, страхов.

Процедура проведения.

Исследование проводится индивидуально с каждым ребёнком в привычном и знакомом для него окружении. Картины показываются в пронумерованном порядке. Инструкция: «Мы собираемся поиграть в игру. Ты будешь рассказывать истории о картинках, которые я тебе дам. Расскажи, что происходит, что животные делают сейчас, что было до этого момента, а что случится после.». Все ответы записываются буквально и позже анализируются. Следует записывать также все комментарии и действия ребёнка, имеющие отношения к рассказу. После того, как составлены все рассказы, можно вернуться к каждому из них для уточнения отдельных моментов, например: почему какой-либо персонаж назван именно так, а не иначе, указано именно это место действия персонажей, именно этот возраст, и т. п., и даже почему именно так окончен рассказ. Если ребёнок не может сосредоточиться на исследовании, было бы неплохо попытаться сделать это позднее, но не откладывая надолго после предъявления теста. После проведения методики необходимо спросить у ребёнка, какие таблицы ему понравились больше всех, а какие меньше всех. Исследование длится 30-40 минут.

Интерпретация результатов

Схема интерпретации рассказов по С. и Л. Беллак:

- Выделяется главная тема рассказов.
- Выделение главного героя рассказа, с которым идентифицируется ребёнок (он имеет сходство с испытуемым по полу и возрасту, события описываются с его точки зрения).
- Выделение главных потребностей и мотивов героя.
 1. Истинные потребности (на которые может указывать реализм в описаний, большое количество деталей и пр.)
 2. Слабоструктурированные потребности героя (в меньшей мере связанные с реальными потребностями испытуемого)
- В дальнейшем, в качестве значимых отмечаются персонажи, предметы и обстоятельства, включаемые в рассказ, а также, напротив, игнорируемые испытуемым.
- Анализируются среды и представление об окружающем мире. Подчёркивается значимость описания видения ребёнком персонажей и его реакций на них.
- Выясняются основные конфликты ребёнка и сопутствующие им защиты, а также природа основных страхов, среди которых наиболее значимыми являются — страхи, связанные с физической опасностью, возможностью наказания, отсутствием или утратой любви и опасностью быть покинутым.
- Иногда важно не то, что ребёнок замечает в таблице и рассказывает, а то, что он пропускает; обходит стороной, не видит.

ТАТ

Описание методики.

Тематический апперцептивный тест был разработан в Гарвардской психологической клинике Генри Мюрреем с сотрудниками во второй половине 30-х годов.

Тематический апперцептивный тест (ТАТ) представляет собой набор из 31 таблицы с черно-белыми фотографическими изображениями на тонком белом матовом картоне. Одна из таблиц — чистый белый лист. Обследуемому предъявляется в определенном порядке 20 таблиц из этого набора (их выбор определяется полом и возрастом обследуемого). Его задача заключается в составлении сюжетных рассказов на основе изображенной на каждой таблице ситуации (более подробное описание и инструкции будут приведены ниже).

В рядовых ситуациях сравнительно массового психодиагностического обследования ТАТ, как правило, не оправдывает затраченных усилий. Его рекомендуется применять в случаях, вызывающих сомнения, требующих тонкой дифференциальной диагностики, а также в ситуациях максимальной ответственности, как при отборе кандидатов на руководящие посты, космонавтов, пилотов и т.п. Его рекомендуют использовать на начальных этапах индивидуальной психотерапии, поскольку он позволяет сразу выявить психодинамику, которая в обычной психотерапевтической работе становится видна лишь спустя изрядное время. Особенно полезен ТАТ в психотерапевтическом контексте в случаях, требующих неотложной и краткосрочной терапии (например, депрессии с суицидальным риском).

Запись результатов и составление протокола.

При обследовании при помощи ТАТ протоколированию подлежат следующее:

1. Полный текст всего, что говорит обследуемый в той форме, в какой он это говорит, со всеми вставками, отвлечениями, оговорками, аграмматизмами, повторениями и словами-паразитами. Если он хочет исправить что-то ранее сказанное, следует записать те исправления, которые он вносит, не меняя ничего в предыдущей записи.
2. Все, что говорит психолог, обмены репликами с обследуемым, вопросы обследуемого и ответы психолога, вопросы психолога и ответы обследуемого.
3. Относительно длинные паузы в ходе составления рассказа.
4. Латентное время — от предъявления картины до начала рассказа — и общее время рассказа — от первого до последнего слова. Время, затраченное на уточняющий опрос, не приплюсовывается к общему времени рассказа.
5. Положение картины. Для некоторых картин неясно, где верх, где низ, и обследуемый может ее вертеть. Повороты картины необходимо фиксировать. Положение таблицы отмечают углом, вершина которого означает верхний край таблицы, или буквами: Λ — основное положение таблицы, $>$ — верхний край таблицы справа, v — таблица перевернута (с), $<$ — верхний край таблицы слева. Если обследуемый будет спрашивать, как правильно держать, следует отвечать: "Как Вам удобно, так и держите".
6. Эмоциональный настрой обследуемого, расположение духа, динамику его настроения и эмоциональных реакций по ходу обследования и в процессе рассказывания.
7. Невербальные реакции и проявления обследуемого — жесты, мимику, позы: пожал плечами, улыбнулся, нахмурился, сменил одну позу на другую (открытую на скованную или наоборот).

Интерпретация результатов

Г. Линдзи выделяет ряд базовых допущений, на которых строится интерпретация ТАТ. Они носят достаточно общий характер и практически не зависят от используемой схемы интерпретации. Первичное допущение состоит в том, что завершая или структурируя незавершенную или неструктурированную ситуацию, индивид проявляет в этом свои стремления, диспозиции и конфликты. Следующие 5 допущений связаны с определением наиболее диагностически информативных рассказов или их фрагментов.

1. Сочиняя историю, рассказчик обычно идентифицируется с одним из действующих лиц, и желания, стремления и конфликты этого персонажа могут отражать желания, стремления и конфликты рассказчика.
2. Иногда диспозиции, стремления и конфликты рассказчика представлены в неявной или символической форме.
3. Рассказы обладают неодинаковой значимостью для диагностики импульсов и конфликтов. В одних может содержаться много важного диагностического материала, а в других очень мало или он может вообще отсутствовать.
4. Темы, которые прямо вытекают из стимульного материала, скорее всего менее значимы, чем темы, прямо не обусловленные стимульным материалом.
5. Повторяющиеся темы с наибольшей вероятностью отражают импульсы и конфликты рассказчика.

И, наконец, еще 4 допущения связаны с выводами из проективного содержания рассказов, касающимися других аспектов поведения.

1. Рассказы могут отражать не только устойчивые диспозиции и конфликты, но и актуальные, связанные с текущей ситуацией.
2. Рассказы могут отражать события из прошлого опыта субъекта, в которых он не участвовал, но был их свидетелем, читал о них и т.п. Вместе с тем сам выбор этих событий для рассказа связан с его импульсами и конфликтами.
3. В рассказах могут отражаться, наряду с индивидуальными, групповые и социокультурные установки.
4. Диспозиции и конфликты, которые могут быть выведены из рассказов, не обязательно проявляются в поведении или отражаются в сознании рассказчика.

В подавляющем большинстве схем обработки и интерпретации результатов ТАТ, интерпретации предшествует вычленение и систематизация диагностически значимых показателей на основании формализованных критериев. В.Э. Реньге называет эту стадию обработки симптомологическим анализом. На основе данных симптомологического анализа делается следующий шаг — синдромологический анализ по Реньге, который заключается в выделении устойчивых сочетаний диагностических показателей и позволяет перейти к формулировке диагностических выводов, которая представляет собой третий этап интерпретации результатов. Синдромологический анализ, в отличие от симптомологического, в очень слабой мере поддается какой-либо формализации. Вместе с тем он неизбежно опирается на формализованные данные симптомологического анализа.

Тест Розенцвейга. Методика рисуночной фрустрации. Детский вариант (модификация Н.В.Тарабриной).

Назначение теста.

Методика предназначена для исследования реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности.

Инструкция к тесту

«Я буду показывать тебе рисунки, на которых изображены люди в определенной ситуации.

Человек слева что-то говорит и его слова написаны сверху в квадрате. Представь себе, что может ответить ему другой человек. Будь серьезен и не старайся отделаться шуткой. Обдумай ситуацию и отвечай побыстрее».

[Тест Розенцвейга. Методика рисуночной фрустрации. Взрослый вариант \(модификация Н.В.Тарабриной\)](#)

Шкалы: экстрапунитивная, интропунитивная, инпунитивная реакции; фиксация на самозащите, фиксация на препятствии, фиксация на удовлетворении потребности.

Назначение теста.

Методика предназначена для исследования реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности.

Описание теста.

Фрустрация – состояние напряжения, расстройства, беспокойства, вызываемое неудовлетворенностью потребностей, объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, препятствиями на пути к важной цели.

Методика состоит из 24 схематических контурных рисунков, на котором изображены два человека или более, занятые еще незаконченным разговором. Ситуации, изображенные на рисунках, можно разделить на две основные группы.

- Ситуации «препятствия». В этих случаях какое-либо препятствие, персонаж или предмет обескураживает, сбивает с толку словом или еще каким-либо способом. Сюда относятся 16 ситуаций. Изображения: 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 24.
- Ситуации «обвинения». Субъект при этом служит объектом обвинения. Таких ситуаций 8. Изображения: 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19, 21.

Между этими группами ситуаций имеется связь, так как ситуация «обвинения» предполагает, что ей предшествовала ситуация «препятствия», где фрустратор был, в свою очередь, фрустрирован. Иногда испытуемый может интерпретировать ситуацию «обвинения» как ситуацию «препятствия» или наоборот.

Рисунки предъявляются испытуемому. Предполагается, что «отвечая за другого», испытуемый легче, достовернее изложит свое мнение и проявит типичные для него реакции выхода из конфликтных ситуаций. Исследователь отмечает общее время опыта.

Тест может быть применен как в индивидуальном, так и в групповом исполнении. Но в отличие от группового в индивидуальном исследовании используется еще один важный прием: просят прочесть вслух написанные ответы. Экспериментатор отмечает особенности интонации и прочее, что может помочь в уточнении содержания ответа (например, саркастический тон голоса). Кроме того, испытуемому могут быть заданы вопросы относительно очень коротких или двусмысленных ответов (это также необходимо для подсчета). Иногда случается, что испытуемый неправильно понимает ту или иную ситуацию, и, хотя такие ошибки сами по себе значимы для качественной интерпретации, все же после необходимого разъяснения от него должен быть получен новый ответ. Опрос следует вести по возможности осторожнее, так, чтобы вопросы не содержали дополнительной информации.

Инструкция к тесту.

Для взрослых: «Вам сейчас будут показаны 24 рисунка. На каждом из них изображены два говорящих человека. То, что говорит первый человек, написано в квадрате слева. Представьте себе, что может ответить ему другой человек. Напишите самый первый пришедший Вам в голову ответ на листе бумаги, обозначив его соответствующим номером.

Старайтесь работать как можно быстрее. Отнеситесь к заданию серьезно и не отделяйтесь шуткой. Не пытайтесь также воспользоваться подсказками».

Обработка результатов тестов.

Каждый из полученных ответов оценивается, в соответствии с теорией, *Розенцвейга*, по двум критериям: *по направлению реакции* (агрессии) и *по типу реакции*.

По направлению реакции подразделяются на:

- *Экстрапунитивные*: реакция направлена на живое или неживое окружение, осуждается внешняя причина фрустрации, подчеркивается степень фрустрирующей ситуации, иногда разрешения ситуации требуют от другого лица.
- *Интропунитивные*: реакция направлена на самого себя, с принятием вины или же ответственности за исправление возникшей ситуации, фрустрирующая ситуация не подлежит осуждению. Испытуемый принимает фрустрирующую ситуацию как благоприятную для себя.
- *Импунитивные*: фрустрирующая ситуация рассматривается как нечто незначительное или неизбежное, преодолимое "со временем, обвинение окружающих или самого себя отсутствует.

По типу реакции делятся на:

- *Препятственно-доминантные*. Тип реакции «с фиксацией на препятствии». Препятствия, вызывающие фрустрацию, всячески акцентируются, независимо от того, расцениваются они как благоприятные, неблагоприятные или незначительные.
- *Самозащитные*. Тип реакции «с фиксацией на самозащите». Активность в форме порицания кого-либо, отрицание или признание собственной вины, уклонения от упрека, направленные на защиту своего «Я», ответственность за фрустрацию никому не может быть приписана.
- *Необходимо-упорствующие*. Тип реакции «с фиксацией на удовлетворение потребности». Постоянная потребность найти конструктивное решение конфликтной ситуации в форме либо требования помощи от других лиц, либо принятия на себя обязанности разрешить ситуацию, либо уверенности в том, что время и ход событий приведут к ее разрешению.

Для обозначения направления реакции используются буквы:

- E - экстрапунитивные реакции,
- I - интропунитивные реакции,
- M - импунитивные.

Типы реакций обозначаются следующими символами:

- OD - «с фиксацией на препятствии»,
- ED - «с фиксацией на самозащите»,
- NP - «с фиксацией на удовлетворение потребности».

Из сочетаний этих шести категорий получают девять возможных факторов и два дополнительных варианта.

Вначале исследователь определяет направление реакции, содержащееся в ответе испытуемого (E, I или M), а затем выявляет тип реакции: ED, OD или NP.

Описание смыслового содержания факторов, используемых при оценке ответов (взрослый вариант).

OD	ED	NP
-----------	-----------	-----------

<p>Е'. Если в ответе подчеркивается наличие препятствия. <i>Пример:</i> «На улице сильный дождь. Мой плащ был очень кстати» (рис.9). «А я рассчитывал, что мы с ней пойдем вместе» (8). Встречается главным образом в ситуациях с препятствием.</p>	<p>Е. Враждебность, порицание направлены против кого-либо или чего-либо в окружении. <i>Пример:</i> «разгар рабочего дня, а вашего заведующего нет на месте» (9). «Изношенный механизм, новыми их уже не сделать» (5). «Мы уходим, она сама виновата» (14). Е. Испытуемый активно отрицает свою вину за совершенный проступок. <i>Пример:</i> «В больнице лежит полно людей, при чем здесь я?» (21).</p>	<p>е. Требуется, ожидается или явно подразумевается, что кто-то должен разрешить эту ситуацию. <i>Пример:</i> «Все равно, Вы должны найти для меня эту книгу» (18). «Она могла бы объяснить нам, в чем дело» (20).</p>
<p>Г'. Фрустрирующая ситуация интерпретируется как благоприятно-выгодно-полезная, как приносящая удовлетворение. <i>Пример:</i> «Мне одному будет даже проще» (15). «Зато теперь у меня будет время чтобы дочитать книгу» (24).</p>	<p>Г. Порицание, осуждение направлено на самого себя, доминирует чувство вины, собственной неполноценности, угрызания совести. <i>Пример:</i> «Это я опять пришел не вовремя» (13). Г. Субъект, признавая свою вину, отрицает ответственность, призывая на помощь смягчающие обстоятельства. <i>Пример:</i> «Но сегодня выходной, здесь нет ни одного ребенка, а я очень спешу» (19).</p>	<p>г. Субъект сам берется разрешить фрустрирующую ситуацию, открыто признавая или намекая на свою виновность. <i>Пример:</i> «Какнибудь сам выкручусь» (15). «Я сделаю все возможное, чтобы искупить свою вину» (12).</p>
<p>М'. Трудности фрустрирующей ситуации не замечаются или сводятся к ее полному отрицанию. <i>Пример:</i> «Опоздал так опоздал» (4).</p>	<p>М. Ответственность лица, попавшего во фрустрирующую ситуацию, сведена до минимума, осуждение избегается. <i>Пример:</i> «Мы же не могли знать, что машина сломается» (4).</p>	<p>м. Выражается надежда, что время, нормальный ход событий разрешат проблему, просто надо немного подождать, или же взаимопонимание и взаимоуступчивость устранят фрустрирующую ситуацию. <i>Пример:</i> «Подождем еще минут 5» (14). «Было бы хорошо, если бы это не повторилось.» (11).</p>

Описание смыслового содержания факторов, используемых при оценке ответов (детский вариант).

OD	ED	NP
<p>Е'. -«А что я буду есть?» (1); -«Если бы у меня был братишка, он бы починил» (3); -«А она мне так нравится» (5); -«Мне тоже надо с кем-то играть» (6).</p>	<p>Е. -«Я сплю, а ты не спишь, да?» (10); -«Я с тобой не дружу» (8); -«А вы выгнали из подъезда мою собаку» (7); Е. -«Нет, не много ошибок» (4); -«Я тоже умею играть» (6); -«Нет, я не обрывала твои цветы» (7).</p>	<p>е. -«Вы должны отдать мне мяч» (16); -«Ребята, куда вы! Спасите меня!»(13); -«Тогда попроси кого-нибудь другого» (3).</p>

<p>Г'. -«Мне очень приятно спать» (10); -«Это я сам в руки попался. Я и хотел чтобы ты меня поймал» (13); -«Нет, мне не больно. Я просто съехал с перил» (15); -«Зато теперь он стал вкуснее» (23).</p>	<p>Г. -«Бери, я больше без разрешения не буду брать» (2); -«Простите, что помешал вам играть» (6); -«Я постуила плохо» (9); Г. - «Я не хотела ее разбивать» (9); -«Я хотела посмотреть, а она упала» (9)</p>	<p>г. -«Тогда я отнесу ее в мастерскую» (3); -«Я сама куплю эту куклу» (5); -«Я тебе свою подарю» (9); -«Я в следующий раз этого не сделаю» (10).</p>
<p>М'. -«Ну и что. Ну и качайся» (21); -«Я и сам к тебе не приду» (18); -«Все равно там будет неинтересно» (18); -«Уже ночь. Я и так уже должна спать» (10).</p>	<p>М. -«Ну, если нет денег, можешь не покупать» (5); -«Я и правда маленький» (6); -«Ну ладно, ты выиграл» (8).</p>	<p>м. -«Посплю, а потом пойду гулять» (10); -«Я сам пойду посплю» (11); -«Она сейчас высохнет. Высушится» (19); -«Когда ты уйдешь, я тоже покачаюсь» (21).</p>

Так, ответ испытуемого в ситуации №14 «Подождем еще минут пять», по *направлению реакции* является импунитивным (m), а по *типу реакции* – «с фиксацией на удовлетворение потребности» (NP).

Сочетанию тех или иных двух вариантов присваивается собственное буквенное значение.

- Если в ответе с экстрапунитивной, интропунитивной или импунитивной реакцией доминирует идея препятствия, добавляется значок «прим» (Е', Г', М').
- Тип реакции «с фиксацией на самозащите» обозначается прописными буквами без значка (Е, Г, М).
- Тип реакции «с фиксацией на удовлетворение потребности» обозначается строчными буквами (е, г, м).
- Экстра- и интропунитивные реакции самозащитного типа в ситуациях обвинения имеют еще два дополнительных варианта оценки, которые обозначаются символами Еи Г.

Появление дополнительных вариантов подсчета Е и Г обусловлено разделением ситуации теста на два типа. В ситуациях «*препятствия*» реакция субъекта обычно направлена на фрустрирующую личность, а в ситуациях «*обвинения*» она чаще является выражением протеста, отстаивания своей невинности, отвержения обвинения или упрёка, короче – настойчивого самооправдания.

Проиллюстрируем все эти обозначения *на примере ситуации №1*. В этой ситуации персонаж слева (шофер) произносит: «Мне очень жаль, что мы забрызгали Ваш костюм, хотя очень старались объехать лужу».

Возможные варианты ответов на эти слова с оценкой их с помощью вышеописанных символов:

- **Е'**- «Как это неприятно».
- **Г'** - «Я совсем не испачкался». (Субъект подчеркивает как неприятно вовлекать во фрустрирующую ситуацию другое лицо).
- **М'**- «Ничего не случилось, он немного забрызган водой».
- **Е**- «Вы неуклюжи. Вы недотепа».
- **Г**- «Ну конечно, мне надо было остаться на тротуаре».
- **М**- «Ничего особенного».
- **е**- «Вам придется почистить».
- **г** - «Я почищу».
- **м**- «Ничего, высохнет».

АНАЛИЗ ПРОДУКТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Под продуктами деятельности понимаются материальные образцы — результаты выполнения испытуемым трудовых (предметных), конструктивных, учебных (письмо, счет, чтение) и других действий, которыми он владеет в той или иной степени. В практике обследования детей школьного возраста, как правило, *проводится анализ их письменных работ, классных и домашних заданий*. Разработаны специальные схемы такого анализа, например, А. Н. Корнев предлагает оригинальную *схему оценки навыка письма*.

Первый этап предполагает диагностику усвоения ребенком графем и звукобуквенных связей: подбор названных букв из разрезной азбуки, запись букв под диктовку, списывание их с печатного изображения. Если ребенок заменяет буквы, устанавливается характер замен и степень их постоянства. Диагностическим критерием является и скорость выполнения задания, указывающая на уровень автоматизированности звукобуквенных связей.

На *втором этапе* оцениваются навыки графического моделирования слова. При этом решаются следующие задачи: определение доминирующих ошибок (в диктанте, творческой работе, при вставке пропущенных букв), их частоты, места в слове, степени постоянства, регулярности. Особую информацию дает сопоставление характера и числа ошибок в разных видах письменных работ.

Анализ продуктов деятельности может входить как важная составляющая и в комплексные методики. Так, в методике нейропсихологического исследования детей с аномалией психического развития И. Ф. Марковская выделяет особый блок — «*Исследование школьных навыков*». В нем оцениваются по общей 5-балльной шкале навыки чтения, письма, счета, решения задач с учетом ступени обучения испытуемого.

Как особая разновидность общего метода в последнее время широко используется *метод рисунков*. Широкое распространение в диагностике психического развития детей рисуночные тесты получили с середины XX в. Однако их применение предъявляет повышенные требования к психологу, а компетентная трактовка полученной информации требует специального обучения.

Если метод рисунков используется как *проективный*, то целью является выявление патохарактерологических особенностей личности (агрессивности, страхов, негативизма) или межличностных отношений.

Рисунок может применяться и в целях *диагностики уровня возрастного развития*. Так, в известной методике Керна — Иерасека рисунок является одним из показателей школьной зрелости. Теоретической основой такой интерпретации является исследование В. Лоуэнфелда, выделившего особые стадии развития графических навыков детей начиная с двухлетнего возраста.

Первая стадия — «*каракули*» — включает четыре периода. До 18 месяцев — период беспорядочных движений с отсутствием интереса к результатам своих действий и к самому процессу рисования. С 18 месяцев до 2 лет — период «длительного рисования»: стремление к рисованию без попыток систематизировать свои движения, нарисовать что-то, воспроизвести образец. С 2 до 3 лет — период «круговых движений»: многократное воспроизведение округлых форм. Между 3 и 4 годами появляются попытки создания предметных или сюжетных рисунков, ребенок начинает использовать образцы, но копирует еще плохо.

Вторая стадия — «*первичные схемы*» — возникает в 4 года и длится до 7 лет. В это время активно используются образцы и развивается способность к их копированию.

Третья стадия развития графических навыков соответствует возрасту начального школьного обучения.

Идея о том, что в рисунке можно увидеть своеобразный «автопортрет», лежит в основе тестов «Рисунок человека» (К. Маховер), «Дом — дерево — человек» (Гудинаф - Харрис), «Несуществующее животное», «Рисунок семьи».

Рассмотрим подробнее применение теста «Рисунок человека» в целях диагностики умственного развития. Впервые он был предложен Ф. Гудинаф для исследования познавательных способностей, позднее К. Маховер разработала систему критериев оценки личностных особенностей. С тех пор те и другие критерии пересматривались и дорабатывались различными авторами, сам же тест остается одним из наиболее часто используемых диагностических методов. Данные, получаемые с его помощью, требуют дополнительной проверки, но позволяют сразу выдвинуть разумные гипотезы о проблемных зонах в развитии ребенка.

В инструкции психолог просит ребенка нарисовать человека как можно лучше, так, как он умеет (даже если получится не очень хорошо). При анализе рисунка с целью оценки умственного развития следует учитывать, что его особенности могут определяться не только интеллектуальным уровнем ребенка, но и специфическим отношением к изображаемому объекту, к ситуации обследования, к психологу и т.д. Для повышения достоверности выводов рекомендуется сопоставить рисунки ребенка на разные темы, сделанные в разное время и в разных ситуациях.

Экспериментально установлено, что чем старше ребенок, тем менее прямой является связь между уровнем умственного развития и уровнем рисования, поэтому с возрастом испытуемого надежность выводов о его умственном развитии, сделанных на основе рисунка, снижается. С другой стороны, надежность выводов о личностных и эмоциональных особенностях с возрастом увеличивается.

При оценке умственного развития учитывают два основных показателя — «наличие основных деталей» и «пластичность — схематичность» рисунка.

По наличию *основных деталей* нормальным считается:

- для 6 лет наличие головы, глаз, носа, рта, туловища, рук и ног;
- для 7 лет — руки и ноги должны изображаться двойными линиями, должны быть пальцы (количество неважно), шея, волосы (шапка), одежда (хотя бы предельно схематично);
- в 8 лет — появляются уши;

- с 9 лет — ступни и по 5 пальцев на руках. Отсутствие какой-либо детали (кроме глаз и туловища) может компенсироваться наличием другой, относящейся к следующему возрасту, но не дополнительными, необязательными деталями (пупок, пуговицы).

Пластичность рисунка (свидетельствует о высоком уровне умственного развития даже при отсутствии каких-либо деталей, обязательных для данного возраста) — это, в отличие от «изобразительного перечисления» требуемых деталей, *изображение*: части тела переходят одна в другую без четкой границы, имеется попытка передать реальную форму тела (может быть, и не очень удачная), ноги фигуры в брюках или без одежды сходятся наверху в одну точку.

Схематическое изображение — это рисунок, на котором человек как бы собран из отдельных деталей, границы между ними отчетливо видны (особенно между шеей и телом, между плечом и рукой — и шея, и руки как бы приклеены к телу). Такое изображение типично для детей до 7 лет, позднее оно квалифицируется как отражение общей или частичной инфантильности либо, напротив, интеллектуализма — раннего развития формального интеллекта при недоразвитии образной сферы.

В промежуточном между схематическим и пластическим изображением рисунке некоторые части тела переходят одна в другую без четкой границы, а другие как бы «приклеены»: например, руки органично вырастают из плеч, а ноги отделены от туловища четкой границей. Такой рисунок типичен для детей 7—9 лет, а начиная с 10 может рассматриваться как показатель замедленного развития изобразительной деятельности и, возможно, образного мышления.

Использование рисунка как проективной методики в целях отбора в коррекционные учреждения ограничено и затруднено его низкой дифференциально-диагностической разрешающей способностью, но применение его как вспомогательного исследовательского метода, безусловно, оправданно.

При обследовании детей с отклонениями в развитии к интерпретации их рисунков нужно относиться очень осторожно. Так, *дети с нарушениями манипулятивных функций, зрительного восприятия, с пространственными нарушениями* часто рисуют деформированные фигуры, «теряют» мелкие детали; изображение деталей лица часто диспропорционально. При выраженных *нарушениях схемы тела* (например, при ДЦП) детали фигуры могут быть разбросаны по всему листу, а при нарушении ориентировки в плоскости листа изображение может размещаться в одном из углов, чаще в правом нижнем. Эти особенности рисунка связаны с нарушением ВПФ вследствие органического поражения мозга или анализаторов, а не с личностными чертами, то есть проективная значимость такого рисунка отсутствует.

Специфичны *рисунки детей с отставанием в развитии*. Как правило, умственно отсталые дети затрудняются выбрать тему, прибегают к изображению привычных однотипных предметов, не создавая сюжета. В их рисунках на свободную тему нет замысла, фантазии. Даже когда дается задание, что надо нарисовать, они не всегда выполняют инструкцию. Бедность и нечеткость представлений проявляются в несоблюдении форм и пропорций частей предмета, в ограниченном и не всегда верном использовании цвета. Дети затрудняются объяснить рисунок. В зависимости от степени интеллектуального снижения эти недостатки выражены меньше или больше.

Своеобразны *рисунки детей с психическими заболеваниями*. Для них типичны нелогичность, нелепость изображения; неадекватное, беспорядочное использование цвета, несообразность пропорций, сексуальная выраженность. Для больных *шизофренией* характерны незавершенность, отсутствие основных частей, геометризация, вычурность, нагромождения и наслоения, несогласование замысла рисунка с размерами листа, боязнь рисовать далеко от края, уплощение рисунка. При *эпилептической деменции* характерны чрезмерная тщательность, излишняя скрупулезность, выраженная медлительность, трудности переключения. Дети тратят на рисунок много времени, застревают на вырисовывании отдельных несущественных деталей. Им сложно выделить главное, рисунки стереотипны.

Рисунок является одним из важнейших экспериментальных приемов *определения уровня развития пространственных представлений*, способности испытуемого фиксировать пространственную структуру знакомого предмета. Любая форма дизонтогенеза, как свидетельствует А. В. Семенович, в первую очередь характеризуется тем или иным типом дефицитарности пространственных представлений — базиса всей совокупности высших психических процессов (письма, счета, чтения, мышления и т.д.).

При исследовании пространственных представлений с помощью рисуночных проб и письма принципиальным условием является их выполнение поочередно обеими руками. Использование бимануальных проб по информативности

приближается к тахитоскопическому эксперименту, а пренебрежение ими — к неправильной оценке возможностей испытуемого, подчеркивает Семенович. (Тахитоскоп — прибор, позволяющий предъявлять зрительные стимулы на строго определенное время.)

Опыт показывает, что при рисовании и копировании маскирующую пространственный дефицит роль могут играть знания о предмете, а в детстве — его незнакомость. В связи с этим в исследовании процессы копирования проводятся на абстрактных фигурах, при этом по результатам деятельности анализируются стратегия восприятия и стратегия копирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итогом диагностики является установление психолого-педагогического диагноза, в котором указываются:

- педагогическая категория нарушенного развития;
- степень выраженности нарушения;
- недостатки развития, осложняющие ведущие нарушения;
- индивидуальные особенности ребенка и рекомендации в разработке индивидуальной программы коррекционной работы

Психологическое заключение может быть написано и в свободной форме, однако использование различных схем заключения, как показывает практика, объективирует и унифицирует работу психолога, помогая выделять ключевые факты среди полученных, дифференцировать существенное и второстепенное. Варианты схемы заключения разработаны различными авторами. Рассмотрим схему, предложенную М. М. и Н. Я. Семаго.

А. Общая часть заключения

1. Основные паспортные данные ребенка.
2. Основные жалобы родителей, педагогов, других лиц, сопровождавших ребенка на консультацию.
3. Наиболее важные анамнестические данные.
4. Специфика внешности и поведения ребенка в процессе обследования, в том числе его эмоциональное реагирование, общая мотивация, отношение к обследованию (критичность и адекватность).
5. Сформированность регуляторных функций.
6. Общая оценка операциональных характеристик деятельности в различные моменты обследования (в том числе и ее динамический аспект).
7. Особенности развития различных компонентов когнитивной сферы.
8. Характеристики эмоционально-личностной сферы, включая межличностные отношения.

Б. Специальная часть

1. Психологический диагноз.
2. Вероятностный прогноз развития.

9. Вопросы по теме занятия

1. Методы исследования личности

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

2. Основные теоретико-методологические положения современной диагностики и изучения отклоняющегося развития

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

3. Методика обучающего эксперимента

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

4. Наблюдение как один из ведущих методов при изучении ребенка с отклоняющимся развитием

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

5. Психологический профиль

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. Л. Я. ИВАНОВОЙ ПОД РУКОВОДСТВОМ Б. В. ЗЕЙГАРНИК БЫЛА РАЗРАБОТАНА МЕТОДИКА:

- 1) обучающего эксперимента;
- 2) патопсихологического эксперимента;
- 3) наблюдения;
- 4) анализа продуктов деятельности;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

2. СОСТОЯНИЕ НАПРЯЖЕНИЯ, РАССТРОЙСТВА, БЕСПОКОЙСТВА, ВЫЗЫВАЕМОЕ НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТЬЮ ПОТРЕБНОСТЕЙ, ОБЪЕКТИВНО НЕПРЕОДОЛИМЫМИ (ИЛИ СУБЪЕКТИВНО ТАК ПОНИМАЕМЫМИ) ТРУДНОСТЯМИ, ПРЕПЯТСТВИЯМИ НА ПУТИ К ВАЖНОЙ ЦЕЛИ:

- 1) фрустрация;
- 2) дефект-центризм;
- 3) зона ближайшего развития;
- 4) эпилептоидная психопатия;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

3. ТЕСТ Д. ВЕКслера по определению коэффициента интеллектуального развития, адаптированный в нашей стране для детей:

- 1) от 5 до 16 лет;
- 2) от 3 до 10 лет;
- 3) от 3 до 18 лет;
- 4) от 7 до 16 лет;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

4. ПРИНЦИП, ОБЯЗЫВАЮЩИЙ УЧИТЫВАТЬ ПРИ КОЛЛЕГИАЛЬНОМ ОБСУЖДЕНИИ ДАННЫЕ, ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА ВСЕМИ НЕОБХОДИМЫМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ: ВРАЧАМИ, ПСИХОЛОГАМИ, СПЕЦИАЛЬНЫМИ ПЕДАГОГАМИ:

- 1) принцип динамического изучения;
- 2) принцип качественно-количественного подхода;
- 3) принцип комплексного изучения детей;
- 4) принцип индивидуального подхода к ребенку;

Правильный ответ: 3

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

5. ТЕРМИН «АКЦЕНТУИРОВАННАЯ ЛИЧНОСТЬ» ВВЕЛ:

- 1) К. Leonhard;
- 2) E. Kahn;
- 3) П. Б. Ганнушкин;
- 4) О. В. Кербилов;

Правильный ответ: 1

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Комплексное медико-психолого-педагогическое обследование ребенка с подозрением на отклонение в развитии имеет цели: 1) определение характера и степени анатомо-физиологического повреждения и его влияния на весь ход физического и психического развития ребенка; 2) _____; 3) выработка рекомендаций к обучению и воспитанию в определенном детском учреждении — общеобразовательном или специальном; 4) _____; 5) составление индивидуальной программы коррекционного воспитания и обучения на основе обследования и определения актуального уровня развития и потенциальных возможностей ребенка.

Вопрос 1: Допишите;

- 1) 2) постановка или уточнение диагноза; 4) назначение требующегося лечения;

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

2. 1) Препятственно-доминантные. 2) Самозащитные. 3) Необходимо-упорствующие. А. Тип реакции «с фиксацией на удовлетворение потребности». Постоянная потребность найти конструктивное решение конфликтной ситуации в форме либо требования помощи от других лиц, либо принятия на себя обязанности разрешить ситуацию, либо уверенности в том, что время и ход событий приведут к ее разрешению. Б. Тип реакции «с фиксацией на препятствии». Препятствия, вызывающие фрустрацию, всячески акцентируются, независимо от того, расцениваются они как благоприятные, неблагоприятные или незначительные. В. Тип реакции «с фиксацией на самозащите». Активность в форме порицания кого-либо, отрицание или признание собственной вины, уклонения от упрека, направленные на защиту своего «Я», ответственность за фрустрацию никому не может быть приписана.

Вопрос 1: Соотнесите типы реакции на неудачу и способов выхода из ситуаций (Розенцвейга) с их описанием;

- 1) 1) Б, 2) В, 3) А.;

Компетенции: УК-5.3, УК-6.1, УК-6.2

12. Примерная тематика НИРС по теме

13. Рекомендованная литература по теме занятия

- **дополнительная:**

Неретина, Т. Г. [Специальная педагогика и коррекционная психология](#) : учеб.-метод. комплекс / Т. Г. Неретина. - 4-е изд., стер. - М. : Флинта, 2019. - 376 с. - Текст : электронный.

Мандель, Б. Р. [Специальная \(коррекционная\) психология](#) : учебное пособие / Б. Р. Мандель. - 2-е изд., стер. - М. : Флинта, 2020. - 342 с. - Текст : электронный.