

ИСКАЖЕННОЕ РАЗВИТИЕ. ДИСГАРМОНИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПЛАН:

1. Понятие «синдром раннего детского аутизма (РДА)». Этиология. Отличия синдрома Каннера от синдрома Аспергера. Классификация состояний по степени тяжести. Структура дефекта.
2. Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации при искаженном развитии.
3. Определение психопатии.. Этиология. Виды психопатий по происхождению. Группы психопатий по ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы Структура дефекта (по В.В. Лебединскому).

Варианты психического дизонтогенеза (по В.В.Лебединскому)

	Аномалия	Чем вызвана	Тип. модель
1.	Недоразвитие	Отставание в развитии	Олигофрения
2.	Задержанное развитие		Задержка психического развития
3.	Поврежденное развитие	Поломка в развитии	Деменция
4.	Дефицитарное развитие		ДЦП
5.	Искаженное развитие	Асинхрония в развитии	РДА
6.	Дисгармоническое развитие		Психопатия

*Я думаю, что каждый человек родился с уже
внедренной в мозг
энциклопедией социального поведения. Мне просто
забыли ее вставить...*

*Олег Матушевич,
подросток с аутизмом*

В Республике Беларусь на 15.09.2010г. дети с
аутизмом составили 0,32% от всех детей с
ОПФР

Ранний детский аутизм — неравномерное развитие психики с нарушением преимущественно социального, межличностного восприятия и коммуникации.

Проявления РДА можно наблюдать у ребенка в возрасте 1 года:

поздно возникает комплекс оживления, он не фиксирует взгляд на лицах, при этом, обращая внимание на предметы;

бывает негативная реакция на позу при кормлении;

моторное развитие своеобразно: ребенок на руках у матери может быть либо вялым, либо избыточно напряженным; запаздывает развитие навыка ходьбы;

отмечаются нарушения походки и координации:

подпрыгивание при ходьбе, размахивание руками, ходьба на носочках.

Яркими внешними проявлениями синдрома РДА являются: *аутизм как таковой*, т.е. предельное «экстремальное» одиночество ребенка, снижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию. Характерны трудности установления глазного контакта, взаимодействия взглядом, мимикой, жестом, интонацией. Имеются сложности в выражении ребенком своих эмоциональных состояний и понимании им состояний других людей. Трудности эмоциональных связей проявляются даже в отношениях с близкими, но в наибольшей степени аутизм нарушает развитие отношений с чужими людьми.

Стереотипность в поведении, связанная с напряженным стремлением сохранить постоянные, привычные условия жизнедеятельности (феномен тождества). Ребенок сопротивляется малейшим изменениям в обстановке, порядку жизни. Наблюдается поглощенность однообразными действиями: раскачивание, потряхивание и взмахивание руками, прыжки; пристрастие к разнообразному манипулированию одним и тем же предметом: трясение, постукивание, верчение; захваченность одной и той же темой разговора, рисования и т.п. и постоянное возвращение к ней.

Характерная задержка и нарушение речевого развития, а именно ее коммуникативной функции. Не менее чем в одной трети случаев это может проявляться в виде мутизма (отсутствие целенаправленного использования речи для коммуникации при сохранении возможности произнесения слов и фраз). Ребенок с РДА может иметь и формально хорошо развитую речь с большим словарным запасом, развернутой «взрослой» фразой. Однако такая речь носит характер штампованности, попугайности, фотографичности. Ребенок не задает вопросов и может не отвечать на обращенную к нему речь, может увлеченно декламировать одни и те же стихи, но не использовать речь даже в самых необходимых случаях, т.е. имеет место избегание речевого взаимодействия как такового. Характерны речевые эхолалии (стереотипное бессмысленное повторение услышанных слов, фраз, вопросов), длительное отставание в правильном использовании в речи личных местоимений, в частности ребенок долго продолжает называть себя «ты», «он», обозначает свои нужды безличными приказами «дать пить», «накрыть» и т.д. Обращает на себя внимание необычный темп, ритм, мелодика речи ребенка.

Ранее проявление указанных выше расстройств (в возрасте до 2,5 лет). Наибольшая выраженность поведенческих проблем (самоизоляция, чрезмерная стереотипность поведения, страхи, агрессия и самоагрессия) наблюдается в дошкольном возрасте, с 3 до 5-6 лет.

Отличия синдрома Каннера от синдрома Аспергера
нормальный или выше среднего уровень интеллекта при синдроме Аспергера и невысокий интеллектуальный уровень или интеллектуальную недостаточность при синдроме Каннера ;
опережающее развитие речи (ребенок начинает говорить до появления самостоятельной ходьбы) при синдроме Аспергера и часто отставание в развитии речи в случае синдрома Каннера;
синдром Аспергера встречается почти исключительно только у мальчиков, тогда как синдром Каннера может наблюдаться (хотя и реже) и у девочек.

Этиология

наиболее вероятные:

- наследственная отягощенность: во многих случаях родители или другие родственники ребенка страдают шизофренией, невротическими расстройствами;
- как реакция на подавление ребенка со стороны матери, ее эмоциональную холодность (Б. Беттельхейм);
- как следствие органического поражения мозга, преимущественно левого полушария, в том числе речевых зон.

Ведется очень активное изучение причин аутизма. В настоящее время выделяются следующие версии:

- генетическая предрасположенность (родители как носители мутированного гена);
- тяжелые металлы. Версия причастности тяжелых металлов появилась у врачей тогда, когда у большинства больных детей в анализе мочи были эти металлы обнаружены, причем в повышенной концентрации.

- вакцины и вирусы. Тема возможной виновности вакцин в заболевании детей аутизмом стала достоянием гласности совсем недавно. В 1998 году британский ученый Вейкфилд занялся изучением детей, заболевших аутизмом в связи, как он предполагал, с введением им комбинированной прививки от кори, краснухи и свинки (MMR), и его выводы не поставили жирную точку в обвинительном вердикте. В основе развития аутизма лежит поломка иммунной защиты, а предвидеть наступление этой поломки от вакцины невозможно.

- недостаток белка. В нашем организме есть циклин-зависимая киназа (Cdk5), белок, помогающий развитию синапсов. Синапсы - это сложнейшие структуры головного мозга, влияющие на способности человека изучать и запоминать любой материал. Сообщаясь с другими белковыми комплексами, синапсы участвуют в передаче сигналов к головному мозгу и от него. Недостаток и неправильное формирование белка Cdk5 ведет к нарушениям мозгового развития, что может вызвать и аутизм. По крайней мере, виновность Cdk5 в болезни Альцгеймера, уже доказана на молекулярном уровне;

- химический и биологический дисбаланс. В ходе исследований была выявлена некоторая параллель между повышенным содержанием в крови серотонина и возникновением аутизма. Из разряда предположений и проявление аутизма на фоне врожденной краснухи, фенилкетонурии и младенческих судорог.

Недавно выдвинута и новая версия, которая родилась в процессе исследований с помощью компьютерной томографии. У больных аутизмом выявилось нарушение развития миндалевидного тела головного мозга, отвечающего за эмоциональную регулировку и способность человека органично взаимодействовать с другими людьми.

Пристальное наблюдение за детьми с аутизмом показало, что мозг такого ребенка превышает норму на 10-13%. Если удастся выяснить причину данной патологии, то можно будет говорить о профилактике аутизма.

Таким образом, **причины аутизма до сих пор не ясны.**

О.С. Никольская с соавторами выделяет четыре основные группы детей с РДА в зависимости от степени нарушения взаимодействия с внешней средой:

1. *полная отрешенность от происходящего* (дети с отрешенностью от внешней среды, глубокое погружение в себя). Наиболее тяжелая степень поражения для которой характерно: полевое поведение (ребенок бесцельно перемещается в пространстве комнаты, иногда передвигаясь по мебели, прыгая, перелезая по верху); эмоциональный контакт со взрослым отсутствует, реакция на внешние и внутренние раздражители слабая, болевые пороги снижены; лицо сохраняет выражение отстраненности; речь отсутствует, хотя понимание речи может быть не нарушено; ребенок избегает резких стимулов (шума, яркого света, громкой речи, прикосновений) – это может вызвать приступы страха; выражены явления пресыщаемости (утомляемость, плаксивость, раздражительность); навыки самообслуживания отсутствуют.

2. активное отвержение окружающей реальности. Группа отличается большей активностью: ребенок реагирует на физические ощущения (голод, холод, боль); активно требует сохранения постоянства в окружающей среде: одинаковой пищи, постоянных маршрутов прогулки, тяжело переживает перестановку мебели, смену одежды и т.д. При этих изменениях, как реакция – отказ от пищи, утрата навыков самообслуживания; наблюдаются стереотипные действия, направленные на стимуляцию органов чувств - надавливание на глазные яблоки, вращение предметов перед глазами, шуршание бумагой, прослушивание одних и тех же пластинок; вестибулярный аппарат стимулируется прыжками, раскачиванием вниз головой и т.п.; речь в основном состоит из однотипных речевых штампов – команд, адресованных любым присутствующим; характерна чрезмерная связь с матерью, невозможность оставить ее даже на короткий срок; иногда отмечается сочетание холодности, нечувствительности к эмоциям других людей с повышенной чувствительностью к состоянию матери.

3. *сверхзахваченность аутистическими интересами*, проявляющимися в стереотипной форме (дети с замещением внешней среды, стереотипными монологами и фиксацией на пережитых страхах). Характеризуется следующими показателями: ребенок может годами говорить на одну и ту же тему, рисовать или проигрывать один и тот же сюжет; наличие речи в виде эмоционального окрашенного монолога, выражающего потребности ребенка; противоречивость побуждений: стремление к достижению цели при быстрой пресыщаемости; пугливость, тревожность и потребность в повторном переживании травмирующих впечатлений; часто встречаются агрессивные действия, устрашающие сюжеты рисунков.

4. чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми (дети со сверхтормозимостью окружающей средой, застенчивостью, сверххранимостью). Является наименее тяжелой: ребенок способен к общению; сохранены интеллектуальные функции; речь аграмматична, нарушено употребление местоимений; выражена чрезмерная потребность в защите, ободрении, эмоциональной поддержке со стороны матери; не хватает гибкости и разнообразия поведения, часто возникают ритуальные формы поведения как защита от страхов; круг общения ограничен только близкими, хорошо знакомыми людьми.

Структура дефекта при раннем детском аутизме (по В.В. Лебединскому)

Первичный дефект	Энергетическая недостаточность, нарушение инстинктивно-аффективной сферы, низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным фоном ощущений
Вторичный дефект	Аутистические установки
Третичный дефект	Специфика развития личности, дезадаптация

Особенности познавательной деятельности, личности и межличностных отношений при искаженном развитии

- Специфика внимания - трудности сосредоточения, внимание приковывается к отдельным аспектам воспринимаемого поля.
- В сенсорно-перцептивной сфере – проблемы развития сенсорной сферы у детей с аутизмом разделяются на две группы – гиперчувствительность и гипочувствительность. Характерна болезненная гиперстезия к обычным сенсорным раздражителям: тактильным, температурным, свету, звукам. Обычные краски действительности для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующие. Поэтому окружающая среда для аутичного является источником 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. Страдает целостность восприятия, а непосредственный чувственный опыт начинает определять и направлять сознание и поведение ребенка.

•В психомоторной сфере — плохая моторика, несформированность произвольных движений, большие трудности в овладении навыками самообслуживания. Переход от непроизвольных движений к произвольным часто оказывается непреодолимым. Отмечаются отсутствие плавности, толчкообразность, машинообразность, нескоординированность движений, обилие стереотипных движений, ритмических разрядов, импульсивных действий.

Аутостимуляция сенсорной и аффективной недостаточности — одна из функций, которую выполняют стереотипии, устойчивые формы однообразных действий. Однообразные действия повторяются много раз, поэтому задается определенный ритм через повторяемость. Ритмическая организация упорядочивает для ребенка неопределенный, а потому очень тревожный, пугающий мир. Упорядочивание, организация внешнего мира — еще одна функция стереотипий. Ребенок получает впечатление, что он берет внешний мир под свой контроль и тем самым ограждает себя от дискомфортных, неприятных впечатлений.

Стереотипии проявляются в сенсорной сфере, в двигательной сфере, в речи, в сфере интеллектуальных интересов. Ребенок повторяет однообразные движения, такие как: серии однообразных прыжков, бег по определенному «маршруту» в комнате, однообразно потряхивает кистями, сжимает их, открывает и закрывает двери по многу раз, включает и выключает свет, выкладывает ритмические узоры из деталей мозаики, повторяет одни и те же строчки из песен, выкрикивает одну и ту же фразу, «зацикливается» на одном интересе, которому посвящает все свое время, например, интересуется железной дорогой, географией, составляет своды законов для собачьей страны и др.

- В мнемической сфере – хорошая механическая память.
- В мыслительной сфере – нарушение целенаправленности и пресыщаемость интеллектуальной деятельности, вычурность мышления, что обусловлено оторванностью знаково-символической деятельности от чувственного познания, склонность к символике.
- В речевом развитии – качественное нарушение в сфере вербальной и невербальной коммуникации: отсутствие желания общаться с другими, эхολалия, мутизм, общение только в случае возникновения потребностей. Высказывания детей не соответствуют ситуации, у них отмечается постоянное говорение, игнорирование ответов других. Остановка или задержка речевого развития без компенсации жестами, отсутствию реакции на речь других людей, замена местоимений, использование обычных слов в необычном значении, неспособность начать и поддерживать диалог, нарушения просодики (тон, ударение, интонация), нарушение невербальной коммуникации (использование жестов и мимики).

•В эмоционально-волевой сфере – у младенцев и у более старших детей возникают трудности с подражанием другому человеку, а также трудности эмоционального заражения, что обуславливает проблемы развития эмоциональной сферы у детей. У детей с аутизмом затруднено опознание эмоционального состояния другого человека. Болезненная гиперестезия и связанный с ней эмоциональный дискомфорт способствует возникновению чувства неуверенности и являются благоприятной почвой для возникновения страхов. 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 являются причиной поведения, воспринимаемого окружающими как нелепое. 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.

• Личность характеризуется активным негативизмом (отказом ребенка делать что-либо со взрослым), который часто сопровождается усилением аутостимуляции, физическим сопротивлением, криком, агрессией, самоагрессией.

• Межличностные отношения — неспособность устанавливать полноценные отношения с другими людьми.

• Деятельность. Самообслуживание формируется медленно, часто возникает протест при попытке стимулировать их использование. Характерно игнорирование игрушки, играют в одиночку, в обособленном месте, часто застревают на одних и тех же сюжетах, могут возникать аутодиалоги, игры-фантазии с перевоплощением в предметы, животных.

Очень специфичны все компоненты деятельности: превалирует крайняя избирательность, если идея деятельности захватывает ребенка, то может действовать целенаправленно и заинтересованно долгое время, осуществляя планирование, контроль, достигая результата. Действия же, направленные на овладение специфическими общественно выработанными способами употребления предметов, не привлекают. По предложению взрослого, при попытке стимулировать ребенка к определенному виду деятельности, мотив и цель не возникают, действия напоминают манипуляции, все это может приводить к агрессии, аутоагрессии.

Особенности социализации и социальной адаптации при искаженном развитии. Особенности социализации и социальной адаптации: качественное нарушение социального взаимодействия. Отчужденность, пассивность, странная активность. Дети не могут уже в младенчестве отслеживать направление внимания взрослого человека, что не дает возможности им осуществлять совместные действия, у них также не появляется указательный жест, регулирующий взаимодействие с другим человеком. Выражена слабо или совсем отсутствует ориентация на людей. Не овладевают навыками социального взаимодействия. У детей трудности в понимании того, что люди имеют разные мнения, трудности в представлении будущего, трудности в планировании, негибкость в применении законов и традиций, неосознанное подражание поведению людей.

Дисгармоническое развитие

Психопатия – это аномалии развития эмоционально-волевой и мотивационной сферы личности, характеризующихся по трем критериям: тотальность патологических черт характера; относительная стабильность их проявлений в течение жизни; социальная дезадаптация.

Виды психопатий по происхождению):

Причины происхождения каждого варианта психопатии различны. Психопатии подразделяют на конституциональные (ядерные), органические, краевые.

- *Конституционные психопатии* зависят в большей степени от наследственной предрасположенности, чем от особенностей воспитания детей. К ним относят шизоидную, эпилептоидную, циклоидную, психастеническую, неустойчивую и истероидную психопатии. Эту группу называют также ядерной группой психопатий.
- *Органические психопатии* связаны с ранним органическим поражением центральной нервной системы, среди них чаще встречается возбудимый тип.
- *Краевая, или нажитая* (приобретенная) психопатия является результатом патологического формирования личности.

Группы психопатий по ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы (по О.В. Кербикову):

- *Возбудимые* — характерна высокая возбудимость, сочетающаяся с подозрительностью, гневом, упрямством и педантичностью. В поведении склонны к жестокости, мстительности, крайне требовательны к окружающим. Поведенческий ролевой репертуар скуден.
- *Неустойчивые* — свойственна повышенная эмоциональная неустойчивость, нестойкие интересы и привязанности. Чувства, достигая большой интенсивности, быстро угасают. Повышенная внушаемость, склонны к фантазированию.

Тормозимые — характеризуются повышенной утомляемостью, истощаемостью, общей вялостью. Впечатлительны, ранимы, нерешительны, мнительны, обидчивы. Особенно большой дискомфорт испытывают при общении с малознакомыми людьми, плохо привыкают к коллективу.

Психастенические — характерно сочетание черт астенической личности с повышенной склонностью к самоанализу и самобичеванию. Постоянно испытывают разнообразные страхи, сомнения относительно принятия решения. Склонны к ритуалам в поведении, боятся любых изменений.

Шизоидные — свойственна патологическая замкнутость, слабость эмоциональных привязанностей вплоть до черствости, выраженные трудности в налаживании неформального общения.

Мозаичные — представляют собой сочетание нескольких.

Структура дефекта при психопатии (по В.В. Лебединскому)

Первичный дефект	Нарушение констант темперамента
Вторичный дефект	Нарушение эмоционально- аффективной сферы
Третичный дефект	Специфика развития личности, дезадаптация

Познавательная деятельность может быть без особенностей, в пределах возрастной нормы, иногда чуть выше или чуть ниже.

- Личность. Ряд психопатических свойств имеет тенденцию закрепляться по механизму «порочного круга». Так, шизоидная психопатия нередко вызывает настороженное отношение к ребенку со стороны сверстников, что вторично еще более углубляет нарушение. Аффективная возбудимость эпилептоидного ребенка, способствуя конфликтам, создает для него сложное положение в среде сверстников, ситуацию враждебности, подозрительности. Таким образом, сама психопатическая личность как бы утяжеляет окружающую среду, внося в нее дисгармонию и конфликт, и тем, создавая новый порочный круг, фиксирующий и усиливающий патологические черты характера. Ряд симптомов (страхи, робость, нерешительность, паранойяльность), наблюдаемые у детей с различными видами психопатий, рассматривается авторами как вторичные реактивные образования.

В патогенезе патологических формирований личности основная роль принадлежит двум факторам: 1) закреплению патологических реакций (имитация, протест, пассивный и активный отказ и др.), представляющих собой форму ответа на психотравмирующую ситуацию; фиксируясь, они становятся устойчивыми свойствами личности особенно в детском возрасте; 2) непосредственному «воспитанию» таких патологических черт характера, как возбудимость, неустойчивость, истеричность в результате прямой стимуляции отрицательным примером.

• Межличностные отношения неадекватны. От нарушений контактов со сверстниками, восприятия их как потенциальной опасности (при шизоидной психопатии), поддержания контактов только с теми, кто одобряет, не терпения критики (при эпилептоидной психопатии), трудностей вступления в контакт, осторожностью и постепенностью (при психастенической психопатии) до охотного вступления в контакт, восприятия общения как способа проявления своего «Я» (при истерической психопатии), коллекции новых контактов (при неустойчивой психопатии), срывов и вспышек гнева (при возбудимой психопатии).

- Предельно обобщая, можно говорить о том, что мотивационно-целевая и операционально-техническая стороны деятельности зависят от состояния аффективной сферы ребенка с психопатиями в момент деятельности.

Особенности социализации и социальной адаптации при дисгармоническом развитии

Общей закономерностью развития психики при психопатии является явление асинхронии, когда при нормальном становлении познавательной предметной деятельности нарушается общение, социальное поведение человека.