

Вопрос 6. Нарушения психического развития в детском возрасте

1) Основные стадии психического развития.

Онтогенез — постепенное, протекающее этапами в виде количественных и качественных сдвигов изменение организма от менее к более совершенному его строению и функционированию. Онтогенез по существу этого понятия должен быть отнесен ко всему периоду жизни человека от рождения до смерти, т.е. включать не только прогрессивные, но и регрессивные, инволюционные изменения. Но более часто об онтогенезе говорят по отношению к детскому возрасту, и именно в этом смысле данное понятие используется в разделе.

Каждый этап онтогенеза составляет переход от одного качественного состояния организма к другому, более высокому путем преобразования его функционирования без вытеснения качественного уровня предыдущего этапа. Иными словами, в организме происходит постепенная дифференциация тех или иных (в том числе психических) процессов с одновременной интеграцией их в новое целое. В психологическом аспекте — это нарастание психического содержания личности.

Периодизация развития организма человека, введенная К. Бером еще в прошлом веке (1826), в дальнейшем получила широкое распространение. Она легла в основу современных представлений об этапах (стадиях, фазах) развития организма.

В отечественной и мировой практике выделены 4 основных этапа психофизического развития в детском возрасте — от рождения до 14 лет:

- первый этап — ранний (от 0 до 3 лет),
- второй — дошкольный (от 4 до 6 лет),
- третий — школьный (от 7 до 10 лет),
- четвертый — пубертатный, точнее школьно-пубертатный (от 12 до 14 лет).

Помимо изложенных этапов в медицинской литературе часто используется понятие «дети» и «подростки». К подростковому периоду относят период жизни от пубертатного периода до возмужания (юности) — наиболее часто имеется в виду возраст 12—16 лет, но иногда его расширяют — 11—17 лет.

Процесс онтогенеза в детском возрасте включает, кроме того, так называемые критические периоды, или переходные от одного этапа развития к другому. Принято выделять 3 критических периода I — от 2 до 4 лет, II — с 7 до 8 лет и III — пубертатный — 12—14 лет. Критические периоды представляют собой короткие отрезки времени, характеризующиеся бурными изменениями функционирования организма, общей и психической реактивности. Для клинической медицины они представляют большой интерес, так как эти изменения обуславливают повышенный риск возникновения любых заболеваний, в том числе психических, и способствуют утяжелению их течения.

Нормальное психическое развитие ребенка представляет собой сложный процесс, в основе которого лежит видовая и генетическая программа, реализующаяся в условиях постоянной смены средовых факторов. Психическое развитие тесно связано с биологическими свойствами организма, его наследственными и конституциональными особенностями, врожденными и приобретенными качествами, опосредованными постепенным формированием структуры и функции различных отделов ЦНС. Темпы формирования отдельных систем головного мозга различны и это определяет физиологическую гетерохронию его роста и развития, отражающуюся в различной скорости созревания отдельных психофизиологических функций. В число этих различий входят и индивидуальные колебания.

К основным факторам, влияющим на психическое развитие, относятся наследственность, семейная среда и воспитание, а также внешняя среда с многообразием ее

социальных и биологических воздействий. Все эти влияния выступают в едином комплексе, что может обуславливать как усиление, так и нивелирование влияния каждого из факторов.

В психогенезе раннего возраста были дополнительно выделены следующие этапы: период новорожденное/ли (возраст 1—1,5 мес.); младенчество (infancy) — период до 1 года; ползунковый период (toddlery) — 2-й и 3-й годы жизни. Были определены и критические периоды — пренатальные и раннего детства: 15—25-я и 28-я недели беременности, III триместр беременности (30—40 нед.), предродовой период (3—5 дней перед родами) и роды, этап новорожденность (1—1,5 мес.), возраст 6—8 мес., возраст 15—17 мес. и возраст 2,5-3,5 лет.

Приведенная периодизация вначале была выделена психологами и врачами эмпирически, но затем она нашла подтверждение в специальных нейропсихологических, нейроморфологических и нейрофизиологических исследованиях.

С точки зрения нейроморфологии, критические периоды раннего детства представляют собой как бы пик происходящих на соответствующем этапе структурных преобразований. Так, критический период 15—28 нед. внутриутробного развития плода соответствует закладке подкорковых структур мозга, 28 нед. — закладке структур коры головного мозга. Психологически- III триместр беременности характеризуют как появление элементов слуховой памяти и корреляций поведения плода с психическим состоянием матери.

Предродовой период и роды соединяют в себе гибернацию, или подготовку к акту родов в виде предродового анабиоза плода, а сами роды приравниваются в отношении плода к стрессу, который вызывает у него состояние глубокого нервного и психофизического напряжения, сопряженное с возможностью трансформации в реакцию дистресса с риском развития той или иной патологии.

Первый месяц жизни, или период новорожденность, соотносится с началом недифференцированного восприятия своего Я. В нем особое значение имеют первые дни жизни ребенка, которые характеризуются феноменом импринтинга Конрада Лоренца, или феноменом «запечатления». Речь идет о первом контакте новорожденного, зрительном контакте (eye-contact) с человеческим лицом, в первую очередь с матерью. Считается, что этот контакт является фактором, во многом определяющим все дальнейшее психическое развитие ребенка.

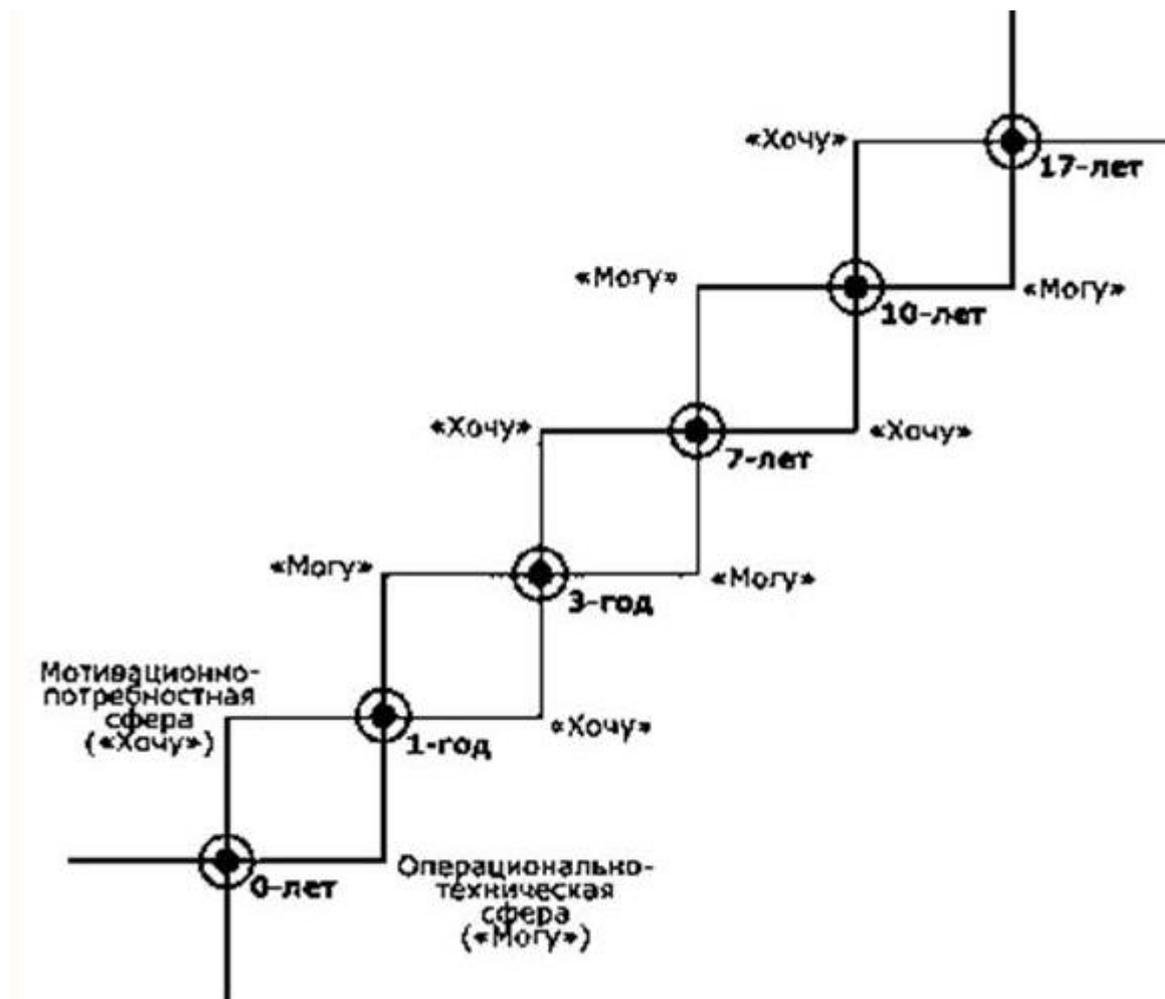
Следующий сенситивный этап периода новорожденность — возраст 3—4 нед. Он называется также периодом первичного социального поведения в виде зрительного контакта с окружающим миром (early-eye-contact baby). Этот период характеризуется выработкой первичных положительных и отрицательных ощущений и представлений об окружающем мире.

Критический период, относимый к возрасту 6—8 мес., определяется началом дифференциации чувства Я, индивидуализации Я, а также началом формирования первичной привязанности, избирательной «улыбки» и элементарных социальных предпочтений.

Критический период в возрасте 15—17 мес. определяется появлением первичной мотивации поведения, обусловленным преимущественно витальными потребностями организма, а затем и вторичной мотивации, характеризующейся ориентировкой на оценку поведения окружающими и постепенной идентификацией положительного поведенческого опыта с одобрением его близкими ребенку людьми. В рассматриваемый критический период появляются описанные особенности, но их формирование в его пределах, естественно, не заканчивается и их развитие продолжается и в более старшем возрасте. Необходимо также отметить, что в 15—17 мес. происходит интенсивное созревание клеток коры головного мозга (оно начинается с 28 нед. беременности и продолжается до юношеского возраста— 18—20 лет). Этому соответствуют и существенные перестройки биологических мозговых ритмов, что отражается на электроэнцефалографических характеристиках.

Последний критический период раннего онтогенеза, как уже указывалось, относится к возрасту 2,5—3,5 лет. Он определяется как период формирования самосознания, полного обособления Я и индивидуальности. На этом этапе ребенок уже имеет не только положительный, но и отрицательный опыт взаимоотношений с окружающим миром, с переживанием чувства угрозы, тревоги, вины и пониженного настроения. Но наиболее знаменательным для этого периода являются изменения, связанные с переходом от полной и частичной симбиотической связи с матерью до ощущения самостоятельности. Не случайно этот период иногда называют «революционным» и «первым пубертатным кризом». <1>

<1> Доклад: Детская патопсихология с элементами дефектологии и логопедии. М., 2002.



Соотношение двух линий развития на протяжении детства <1>

<1> Курс лекций по патопсихологии: Принципы построения психодиагностического исследования в патопсихологии. М., 2006.

2) Биологические и социальные факторы нарушений. Почти любое более или менее длительное вредоносное воздействие на незрелый мозг может привести к нарушениям психического развития. Проявления нарушений варьируют в зависимости от причины, локализации, масштаба поражения, времени его возникновения, длительности воздействия вредоносности, а также социальных условий, в которых оказался ребенок. Все вредоносные

факторы, детерминирующие различные нарушения психического развития, подразделяют на биологические и социальные.



Биологические и социальные факторы аномального развития психики детей

1. Среди биологических факторов значительное место занимают генетические нарушения, связанные с патологией генетического материала (хромосомные aberrации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена и др.). Особую группу генетических аномалий развития представляют наследственные дефекты, сочетающие слабоумие с поражением мышечной, костной, кожной, сердечно-сосудистой системы, а также органов зрения и слуха.

Внутриутробные нарушения связаны с тяжелыми токсикозами, токсоплазмозом, различными инфекционными заболеваниями, перенесенными матерью во время беременности. Огромное негативное влияние на развитие плода оказывают внутриутробные интоксикации, к которым относится так называемая «алкогольная эмбриопатия», обусловленная хроническим алкоголизмом матери, а также интоксикация плода препаратами гормонального и лекарственного происхождения. Общим фактором, нарушающим развитие мозга плода, при различных причинах внутриутробного поражения является хроническая внутриутробная гипоксия (кислородное голодание).

Последствием патологии родов для ребенка может являться гипоксия или асфиксия (удушьё), инфицирование ребенка во время прохождения по родовым путям, интоксикация младенца медицинскими препаратами, травмы и микротравмы головного и спинного мозга и мн.др.

Инфекционные заболевания, интоксикации и травмы. В постнатальный период причинами возникновения психофизиологических дефектов могут быть различные нейроинфекции (энцефалиты, менингиты, менингоэнцефалиты), осложнения при различных инфекционных и вирусных заболеваниях, травмы и микротравмы головного и спинного мозга, а также интоксикации или отравление организма большим количеством вредных токсинов (Г.В. Фадина, 2004).

К опухолевым образованиям раннего постнатального периода относят эмбриональные опухоли, которые являются следствием патологического процесса в зародышевых клетках (медуллобластомы, нейробластомы и др.).

Большое значение имеет временной период, в течение которого произошло повреждение (время повреждения). По мнению В. В. Лебединского, чем раньше действует патогенный фактор, тем больше масштаб поражения тканей и органов. Так, по мнению

ученого, наиболее ранимым является период максимальной клеточной дифференциации (для нервной системы плода это первая треть беременности). В том случае, когда патогенный фактор действует в период «отдыха» клеток, ткани и органы могут избежать негативного влияния (В. В. Лебединский, 1985).

2. Социальные факторы не столь разрушительно воздействуют на развивающуюся психику ребенка и в значительной степени обратимы, однако ключевую роль здесь играет возрастной период. Чем меньше возраст ребенка, в течение которого он сталкивается с неблагоприятным социальным воздействием, тем более грубыми и стойкими являются нарушения.

К неблагоприятным условиям воспитания относятся: материнская депривация, родительская гипер- или гипоопека, асоциальная семья или ее отсутствие, постоянные стрессовые ситуации в семье и т.п.

Когнитивная (информационная) и культурная депривация возникает вследствие педагогической запущенности, создающей значительный дефицит культурной информации и эмоционального опыта на ранних этапах развития.

Различные стрессогенные факторы многообразны по своей природе и многочисленны в жизни любого ребенка. Многие из них связаны с внезапностью какой-либо стрессогенной ситуации (стихийные бедствия, катастрофы и т.п.). Стрессогенным фактором является и процесс адаптации ребенка к новым условиям, например, начало посещения детского сада и разлука с родителями. Наиболее тяжело приспосабливаются к изменению условий дети в возрасте от шести месяцев до двух лет. Психосоматические расстройства становятся разнообразнее и сложнее у детей старшего дошкольного и школьного возраста. На этом возрастном этапе возникают переживание за свои успехи, конфликты со сверстниками, тревога и боязнь негативной оценки окружающих и многое другое.

3) Соотношение первичных и вторичных нарушений.

Структура дефекта по Л.С. Выготскому (1960) представлена двумя основными факторами:

- первичное нарушение, которое возникает вследствие повреждения биологических систем (например, нарушения слуха или зрения при поражении сенсорных анализаторов) и может иметь характер недоразвития, повреждения или их сочетания (например, при осложненной олигофрении – недоразвитие корковых структур и повреждение подкорковых);
- вторичное нарушение – возникает опосредованно в процессе негативного социального развития и проявляется в недоразвитии высших психических функций (например, нарушение речи и мышления у глухих, восприятия и пространственной ориентации у слепых) и нарушении социального поведения.

Л. С. Выготский рассматривал вторичный дефект как основной объект, на который должно быть направлено патопсихологическое исследование и дальнейшая коррекционная работа психолога. Структура вторичного дефекта включает в себя ряд компонентов, отражающих как специфику болезненного процесса, так и закономерности, определяющие особенности патологического развития психики ребенка.

Вариативность вторичных нарушений зависит от механизмов их формирования. Так, в зависимости от локализации основного дефекта направление вторичного недоразвития может происходить по принципу «снизу вверх», так и «сверху вниз». По мнению Л.С. Выготского, основным является принцип «снизу вверх», то есть нарушение элементарных функций ведет к недоразвитию высших психических функций. Однако В.В. Лебединский отмечает, что вторичный дефект может иметь сложный «кольцевой» характер (например, при олигофрении), формирование которого обусловлено недостаточностью воздействия со

стороны пострадавших высших психических функций (ведущий принцип недоразвития – «сверху вниз»), а также дефицитностью взаимодействия поврежденных базальных функций с высшими (принцип «снизу вверх»). Другими словами, нарушение высших функций служит причиной того, что не происходит перестройка базальных функций или «подтягивание» их на более высокий уровень функционирования, как это случается при нормальном течении развития. Следствием такого механизма аномального формирования функций является грубое нарушение иерархических связей между ними, проявляющееся в ярко выраженной недостаточности высших психических функций при относительной сохранности базальных (интеллект нарушен больше чем речь, которая в свою очередь больше нарушена, чем восприятие, память, моторика и элементарные эмоции).

Вместе с тем, по мнению Л.С. Выготского, парадоксальным выступает тот факт, что чем дальше отстоит вторичный дефект от «первопричины», тем в большей мере он поддается коррекционному воздействию. «Недоразвитие высших психологических функций и высших характерологических образований, являющееся вторичным осложнением при олигофрении и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, более устранимым, чем недоразвитие низших или элементарных процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом».

Другими словами, **соотношение первичных и вторичных нарушений определяется не только механизмом межфункциональных связей, но и во многом зависит от компенсаторных возможностей дефекта, от своевременной и адекватной коррекционной работы, эффективность которой тем выше, чем раньше она начинается.** Л. С. Выготский подчеркивал, что если на начальном этапе основным препятствием психического развития является биологически обусловленный первичный дефект или комплекс нарушений (при олигофрении), то в дальнейшем, при определенных условиях воспитания и развития, вторичный дефект в значительной мере может быть скорректирован за счет развития «психической надстройки». Например, неполноценный слух (первичный дефект) провоцирует речевое недоразвитие (вторичный дефект), но при интенсивном и целенаправленном развитии устной речи и эффективном использовании возможностей остаточного слуха можно компенсировать речевые нарушения.

Важной особенностью детской психики является ее пластичность, позволяющая осуществлять подстройку под различные условия развития. Именно эта особенность, по мнению Л. С. Выготского, обуславливает положительную сторону дефекта, которая проявляется в усиленном развитии других функций, компенсирующих основной недостаток. «Воспитание детей с различными дефектами должно базироваться на том, что одновременно с дефектом даны и психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта, что именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила».

С возрастом пластичность психики снижается и потому чем раньше происходит психокоррекционная интервенция с целью нивелирования вторичных нарушений, тем больших результатов можно достигнуть. По этому поводу В. В. Лебединский писал: «Пропущенные сроки в обучении и воспитании автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, а возникшее отставание требует уже более сложных и специальных усилий по его преодолению. Трудности в обучении создают не только педагогическую запущенность, но и стойкое отрицательное отношение к школе, которое в более старшем возрасте становится одним из факторов, формирующих нарушения поведения».

Как уже упоминалось выше, патологическое развитие психики ребенка обуславливают не только биологические факторы, но и социальные. В частности, недостаток или отсутствие культурно-развивающего воздействия в сенситивные периоды онтогенеза

порождают задержку психического развития. Различные психопатии как вторичные нарушения могут являться следствием как биологических вредностей, так и деструктивных методов воспитания (гипо- и гиперопека и др.). В результате разные по своей природе первичные нарушения могут в той или иной мере приводить к одинаковым проявлениям вторичных нарушений.

4) Патопсихологические параметры психического дизонтогенеза.

Одним из базовых положений учения Л. С. Выготского о закономерностях аномального развития является тезис о необходимости структурно-динамического подхода к изучению дизонтогений, который позволяет не только вскрыть патопсихологические механизмы, но и определить стратегию коррекционной работы.

На основе данного положения В. В. Лебединский выделил ряд патопсихологических параметров, определяющих характер нарушения психического развития.



Параметры психического дизонтогенеза

1. **Первый параметр** связан с функциональной локализацией нарушения, в зависимости от которой В. В. Лебединский выделяет частный дефект, (дефицитарность отдельных функций гнозиса, праксиса, речи) и общий дефект (нарушение подкорковых и корковых структур мозга). В процессе развития общие и частные нарушения выстраиваются в определенную иерархию. Частные дефекты при определенных условиях развития в той или иной мере компенсируются за счет сохранности регуляторных систем. В то время как общие дефекты, обусловленные дисфункцией регуляторных систем, негативно отражаются на всех аспектах психического развития.

2. **Второй параметр** связан со временем поражения, в зависимости от которого будет различным и характер патологии развития. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явления недоразвития (Л. С. Выготский, 1956). Чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны явления повреждения с распадом структуры психической функции.

Временной фактор определяется не только хронологическим моментом возникновения нарушения, но и длительностью периода развития данной функции в онтогенезе. Наиболее уязвимыми к ранним воздействиям вредности являются функциональные системы с относительно коротким временным циклом развития (функции, имеющие подкорковую локализацию). Менее уязвимы на ранней стадии онтогенеза – корковые функции, имеющие более длительный период развития. В случаях возникновения таких поражений чаще всего наблюдается либо стойкое недоразвитие, либо задержка в развитии.

Вероятность нарушения различных функций связана и с неблагоприятным воздействием в кризисные (сенситивные) периоды их развития. Как отмечалось выше, такие

периоды характеризуются наибольшей чувствительностью к различным вредоносным факторам. Период от 4 до 11 лет является наиболее устойчивым по отношению к различным вредностям.

Третий параметр соотношение первичного и вторичного дефекта подробно рассматривался нами выше. В качестве дополнения следует отметить, что характер соотношений первичных и вторичных нарушений достаточно сложен и вариативен. В практике встречаются случаи, когда не сразу удается выявить первичные нарушения и отделить их от вторичных, так как первые могут быть не настолько ярко выражены в отличие от последних. В подобных случаях не исключена диагностическая ошибка, при которой вторичные отклонения принимаются за первичные. Результатом такой ошибки может быть неверное направление коррекционной работы и ее неэффективность.

Четвертый параметр связан с нарушением межфункциональных взаимодействий в процессе аномального развития.

В нормальном онтогенезе В. В. Лебединский выделяет несколько типов межфункциональных отношений: явления временной независимости функций, ассоциативные связи, иерархические связи. Первые два типа характерны для ранних этапов онтогенеза, а иерархические связи формируются в процессе социокультурного развития.

В норме эти типы межфункциональных связей отражают уровни функциональной организации психической деятельности, а их нарушение неизбежно приводит к дезорганизации всего процесса психического развития.

В патологии временная независимость функции превращается в изолированность. Изолированная функция, лишенная взаимодействия с другими функциями, застревает в своем развитии. При этом изолированной может оказаться не только поврежденная функция, но и сохранный, если для ее дальнейшего развития необходимо взаимодействие с нарушенной функцией. Так, например, при некоторых видах олигофрении наблюдается хорошая механическая память, однако ее полноценное использование невозможно из-за недоразвития мышления.

При нарушении развития вследствие органических поражений наблюдается повышенная инертность образования ассоциативных связей и патологическая фиксация, что затрудняет переход к иерархическим связям. В познавательной сфере это проявляется в стереотипности и торпидности мышления. Отмечается также патологическая фиксация на негативных аффектах: страхе, чувстве гнева и т. п.

В большей степени при патологии развития страдают иерархические связи, которые отличаются значительной ограниченностью связей и очень слабой устойчивостью. Малейшие затруднения могут повлечь за собой регресс или возврат на более ранний уровень развития. Так, дети с задержкой в развитии, освоившие устный счет, при любом затруднении возвращаются к счету на пальцах.

5) Психический дизонтогенез и его типы.

Психический дизонтогенез – это нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте, проявляющееся в нарушении темпа, сроков развития психики в целом и ее отдельных компонентов. Основными типами психического дизонтогенеза считаются: регрессия, распад, ретардация и асинхрония психического развития (Б.Д. Карвасарский, 2004).

Попытки классифицировать дизонтогении были предприняты многими авторами. Все они основываются на выделении уровневой дисфункции и ее качественном проявлении. Вместе с тем нельзя не отметить, что любая классификация во многом условна и не представляет всей вариативности проявлений феномена. Так, Л. Каннер (1955) выделяет два вида дизонтогенеза: недоразвитие и искаженное развитие.

Г. Е. Сухарева (1959) предложила рассматривать три вида: задержанное, поврежденное и искаженное развитие.

В более развернутой форме представлена классификация, предложенная Я. Лутцем (1968), в которой автор выделил пять типов дизонтогений:

- необратимое недоразвитие (модель олигофрении);
- дисгармоническое развитие (модель психопатии);
- регрессирующее развитие (модель прогрессирующих дегенеративных заболеваний);
- альтернирующее развитие (модели различной соматической и психической патологии);
- развитие, измененное по качеству и направлению (модель шизофрении).

По мнению В. В. Ковалева (1979), основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются: ретардация, асинхрония, регрессия. В настоящее время широкое распространение получила классификация В. В. Лебединского (1985), в основу которой положены отдельные варианты аномалий в их взаимосвязи с основными качественными нарушениями развития. Автор выделяет три основные группы патологий развития: отставание в развитии, поломка в развитии, асинхрония развития.



Классификация психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому)

1. Группа «Отставание в развитии» включает в себя такие типы дизонтогений, как общее недоразвитие и задержанное развитие.

Общее недоразвитие характеризуется врожденным психическим дефектом, возникшим вследствие повреждения и патологического развития головного мозга на ранних стадиях онтогенеза. Типичным проявлением общего недоразвития является олигофрения. Этиология данного типа дизонтогенеза обусловлена биологическими факторами (эндогеннонаследственными и экзогенными): генетические пороки, диффузные повреждения незрелого мозга при ряде внутриутробных, родовых и ранних постнатальных воздействий. Вторичный дефект имеет сложный «кольцевой» характер (ведущий принцип как «снизу вверх», так и «сверху вниз»).

Для общего недоразвития свойственно: инертность психических процессов, затруднения формирования иерархических связей, преобладание в асинхронии признаков ретардации. Наиболее выражена недостаточность высших психических функций и в меньшей степени – базальных функций.

Задержанное развитие – это замедление темпа созревания психики относительно общих норм ее развития, проявляющееся во временной фиксации или застревании психического развития на более ранних возрастных этапах.

В основе этиологии задержки психического развития лежат различные факторы: генетические, соматогенные (хронические заболевания), психогенные (неблагоприятные условия воспитания), церебрально-органические (инфекции, интоксикации, травмы мозга на ранних стадиях его развития). В зависимости от первопричины задержки, многообразны и ее проявления в процессе развития познавательной деятельности. Так, для соматического генеза свойственна повышенная истощаемость (хроническая астения), для психогений – явления культурно-социальной и педагогической запущенности, для органического генеза – нейродинамические, энцефалопатические расстройства и др. При этом задержка развития эмоциональной сферы проявляется в различных клинических вариантах инфантилизма (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического).

В отличие от общего стойкого недоразвития, для задержанного развития характерна частичность поражения, обусловленная недостаточностью развития базальных функций и большей сохранностью высших психических функций.

2. Группа «Поломка в развитии» представлена следующими типами дизонтогенеза: поврежденное развитие и дефицитное развитие.

Поврежденное развитие характеризуется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психических функций с недоразвитием более молодых образований. В основе этиологии поврежденного развития лежат биологические факторы: генетические пороки, инфекции и интоксикации, поражения ЦНС. Главным отличием патогенеза является более позднее (после 2 – 3 лет) воздействие вредоносного фактора на уже сформированный в значительной мере мозг ребенка. В этом случае страдают в большей степени лобноподкорковые взаимосвязи. В соответствии с типом повреждения возможны явления изоляции отдельных систем и распада сложных иерархических связей, грубый регресс интеллекта и поведения.

Типичной моделью поврежденного развития является органическая **деменция**, при которой главным образом отмечаются расстройства эмоциональной сферы зачастую в сочетании с расторможенностью влечений, глубокие нарушения целенаправленной деятельности и личности в целом.

Дефицитное развитие – это грубое недоразвитие либо повреждение отдельных функциональных систем (зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата). Первичный дефект анализатора либо определенной физиологической структуры ведет к недоразвитию частных функций, а также к замедлению развития ряда функций, связанных с пострадавшей опосредованно, что тормозит психическое развитие в целом. Асинхрония проявляется в разной степени недоразвития одних психических функций при сохранности других. Дефицитность отдельных сенсорных и моторных систем способствует возникновению явлений изоляции. Так, нарушение зрения приводит к недоразвитию координации между речью и действием. Однако решающее значение при дефицитном развитии имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы, других сенсорных и регуляторных систем, представляющих возможность компенсации при условии своевременной и интенсивной коррекционной работы со стороны взрослых.

3. Группа «Асинхрония развития» включает в себя такие аномалии развития, как искаженное развитие и дисгармоническое развитие.

Искаженное развитие проявляется в сложных комбинациях ускоренного развития отдельных психических функций в сочетании с общим недоразвитием (задержанным или

поврежденным). Чаще всего в этиологии искаженного развития отмечают наследственный фактор, вместе с тем для ряда случаев этиология до сих пор не установлена.

В качестве примера искаженного развития выступает синдром детского аутизма и шизофрении. Характерными проявлениями искаженного развития являются: асинхрония (неравномерность и несоразмерность развития моторики и интеллекта, эмоций и интеллекта), своеобразие речи, отсутствие контактов с детьми и взрослыми, нарушение игровой деятельности (длительный период манипуляции с предметами, отсутствие ролевых игр и т.д.). По мнению В. В. Лебединского, тотальный страх ко всему окружающему при детской шизофрении порождает возникновение аутизма, который становится камнем преткновения на пути социального развития больного ребенка.

Дисгармоническое развитие характеризуется нарушением личностного развития, проявляющимся в формировании особой эмоционально-волевой сферы. Асинхрония дисгармонического развития, как и при искаженном развитии, сочетает в себе явления ретардации одних систем с парциальной акселерацией других при общем нарушении субординационного взаимодействия ряда психических функций.

Отличительной чертой дисгармонического развития В. В. Лебединский считает диспропорциональность психики, которая проявляется в неадекватной реакции на внешние средовые раздражители и порождает различные аномалии личности. Типичным проявлением дисгармонического развития являются различные психопатии.

Этиология дисгармонического развития обусловлена как биологическими (генетические, действие экзогенных вредностей на ранних этапах онтогенеза), так и социальными факторами (дефекты воспитания, длительное и разрушительно действующее влияние социально-средовых факторов на развитие личности ребенка).

Вместе с тем В. В. Лебединский отмечает, что отсутствие грубых психопатологических нарушений и прогрессивности, а также фиксация дизонтогенеза преимущественно на личностной сфере, дают основание рассматривать механизмы формирования данной патологии развития как социально детерминированные. <1>

<1> Загорная Е. В. Основы патопсихологии. М., 2018.