

Варианты дизонтогенеза

Варианты дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому)

- 3 типа факторов:
 1. Недоразвитие: недоразвитие и задержанное развитие.
 2. Повреждение: поврежденное и дефицитарное развитие.
 3. Асинхрония: искаженное и дисгармоничное развитие.

Недоразвитие

- Модель – олигофрения.
- Первичный дефект – нарушение интеллектуальной функции.
- Вторичный дефект – нарушение произвольных форм внимания, памяти, речевое мышление.
- Тотальность – недоразвитие всех психических функций с явлениями ретардации.
- Иерархичность – высшие формы (интеллект, вербально-логическое мышление) нарушены (недоразвиты) больше, чем элементарные психические функции.
- Основная координата недоразвития – «снизу вверх» и «сверху вниз».

Дискуссия о первичном дефекте при олигофрении

- К. Левин (1933): тезис об аффективной природе умственной отсталости (более частое возвращение к прерванному действию и дефицит замещающей функции как следствие малой динамической связи отдельных потребностей друг с другом).
- Л.С. Выготский (1935): несформированность при олигофрении аффективно-когнитивных взаимодействий (динамика действия развертывается не в смысловом, а наглядном поле).

Первичный дефект при олигофрении

- Неустойчивость внимания (сужение объема, трудности фиксации);
- Сужение объема механической памяти;
- Нарушение произвольных форм восприятия (отдельных признаков предметов);
- Несформированность моторных функций;
- Недоразвитие речи (недостаточность словарного запаса, грамматического и синтаксического строя, фонетической стороны);
- Несформированность пространственных представлений;
- Недоразвитие эмоционально-личностной сферы (бедность эмоций, мимического и интонационного репертуара);
- Недоразвитие наглядно-образного и наглядно-действенного мышления;
- Недостаточность интеллектуальной функции.

Координаты недоразвития при олигофрении

- «Снизу вверх» (первичное, биологическое недоразвитие) – недоразвитие функций третьего блока мозга (незрелость лобных долей).
- «Сверху вниз» (вторичное, социальное недоразвитие) – нарушение произвольных форм психических процессов (произвольного внимания и восприятия, опосредованного запоминания, предметных действий, смысловой стороны речи, вербально-логического мышления, недостаточность воображения, высших эмоций, преобладание игровых мотивов, бедность иерархии мотивов, недоразвитие волевой сферы).

Структура психического недоразвития

- Третичный компенсаторные симптомы: олигофреническое («пустое», банальное) резонерство, завышенная самооценка, снижение критичности.
- В асинхронии развития преобладают явления изоляции (прежде всего, мышления и речи, речи и других когнитивных процессов), ретардации (доминируют онтогенетически более ранние элементарные психические функции, которые не замещаются высшими).

Задержанное развитие (ЗПР)

- Модель – задержки психического развития.
- Первичный дефект – нарушение функционирования первого блока мозга («предпосылки интеллекта» - внимание, восприятие, память).
- Вторичный дефект (при отсутствии социального воздействия на регуляторный потенциал) – замедление темпа формирования высших форм познавательных процессов (в т.ч. и мышление).
- Парциальность нарушений – регуляторные функции сохранены.
- Основная координата недоразвития – «снизу вверх».

Систематика ЗПР (Т.А. Власова и М.С. Певзнер (1967, 1973))

- 1) задержка психического развития, обусловленная психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы);
- 2) задержку психического развития, обусловленную длительными астеническими и церебрастеническими состояниями.

Систематика ЗПР (К.С. Лебединская (1982))

- 1) задержка психического развития конституционального происхождения;
- 2) задержка психического развития соматогенного происхождения;
- 3) задержка психического развития психогенного происхождения;
- 4) задержка психического развития церебрально-органического генеза (ММД).

Первичный дефект при ЗПР

- Нарушение динамического фактора (инертность и/или повышенная истощаемость) – функции первого блока мозга; парциальные функциональные нарушения второго блока:
- Замедление темпа переработки информации;
- Неустойчивость функции внимания;
- Сужение объема механической памяти;
- Недоразвитие речи (недостаточность словарного запаса, грамматического и синтаксического строя, фонетической стороны) как основа нарушения функций третьего блока мозга;
- Недостаточность моторных и пространственных функций;
- Конкретность, наглядность мышления;
- Слабость познавательной активности;
- Эмоционально-личностная незрелость.

Вторичный дефект при ЗПР

- При отсутствии специальных социальных условий обучения, депривации – замедление темпа формирования высших форм познавательных процессов и эмоций, возникновение невротических (фобических) расстройств, чувства неуверенности, низкой самооценки, нарушений поведения (в подростковом возрасте)

Структура ЗПР

- Третичный компенсаторные симптомы: ограничительное социальное поведение с аутизацией, инкапсуляция черт инфантилизма.
- В асинхронии развития преобладают явления изоляции (речи и других психических функций), преодолеваемые с помощью системы специального обучения; регресса и персевераторных образований при более массивных поражениях; длительного превалирования эмоциональных форм регуляции.
- Мозаичность нарушений: сочетание явлений повреждения функций с коротким периодом развития, функциональной неустойчивости из-за нейродинамического фактора, незрелости функций с длительным периодом развития.

Поврежденное развитие

- Модель – ранняя деменция.
- Первичный дефект – сочетание грубого повреждения ряда сформированных психических функций (явления распада) с недоразвитием лобных долей мозга – выпадение частных корковых функций, эмоциональные нарушения (расторможенность влечений), нарушение целенаправленности поведения.
- Вторичный дефект – недоразвитие высших психических функций (регуляторных).
- Основная координата недоразвития: «снизу вверх».

Первичный дефект при органической деменции

- Парциальность локальных корковых и подкорковых нарушений (гностические расстройства, нарушения пространственного синтеза, движений, речи, механической памяти; нейродинамические нарушения – инертность, истощаемость, явления персеверации) – явления повреждения;
- Снижение функции обобщения, логического строя мышления, нарушение критичности и целенаправленности, эйфория с расторможенностью влечений или адинамия с аспонтанностью (право- и левополушарная лобная симптоматика соответственно), изменения личности – явления недоразвития.

Вторичный дефект при органической деменции

- Грубое недоразвитие функций программирования, регуляции и контроля, ограниченность влияния социальной среды на развитие высших психических функций, отсутствие явлений компенсации дефекта.
- Явления асинхронии: ретардация формирования высших психических функций, сочетание явлений регресса со стойкой фиксацией функций на более ранних этапах развития.

Дефицитарное развитие

- Модель – нарушения зрения, слуха и органов движения (ДЦП), соматические заболевания.
- Первичный дефект – нарушение соответствующих анализаторных функций (второй блок мозга).
- Вторичный дефект – нарушение речевой функции, высших форм психической деятельности, эмоционально-личностной сферы.
- Основная координата недоразвития – «снизу вверх».

Структура дефекта при нарушениях слуха и зрения

- 1) Первичный дефект – нарушения слухового анализа (восприятия, памяти)
- Вторичный дефект – недоразвитие речи и произвольных форм психических функций, трудности формирования понятий, задержка формирования коммуникативных навыков и предметных действий, перцептивных обобщений
- 2) Первичный дефект – нарушение зрительного анализа (пространственных представлений, памяти, моторных функций)
- Вторичный дефект – недоразвитие эмоциональной сферы вследствие невозможности восприятия невербальных параметров лицевой экспрессии

Структура дефекта при нарушениях слуха и зрения

- Асинхрония развития: изоляция моторной функции и вербальной продукции в игре слепых
- Недостаточность словесного опосредования приводит к замедлению темпа развития мышления – процессов обобщения и отвлечения
- Изменения личности (пониженный фон настроения, астенические черты, явления ипохондричности; тенденция к аутизации и уходу в мир фантазий как компенсаторные феномены)
- Координата КРО «сверху вниз» у слепых: интеллектуализация и вербализация сенсорного опыта
- Опора при КРО на функции, находящиеся в сензитивном периоде развития (двигательно-кинестетический анализатор, речь)

Структура дефекта при моторной дефицитарности

- Первичный дефект связан с уровнем поражения системы моторных функций:
- Подкорковый уровень – нарушение тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений;
- Кортиковый уровень – сила, точность движение, формирование предметных действий, сложных двигательных актов; явления апраксии (кинетической и кинестетической)
- Явления синкинезии как феномены вторичного недоразвития

Формы аномального развития двигательной сферы

- 1) «моторная дебилность» (Г. Дюпре, 1910), или корково-ассоциативная (А. Валлон, 1925), которая связана преимущественно с недоразвитием пирамидной системы и проявляется в нарушениях мышечного тонуса, неловкости произвольных движений, синкинезиях. При кажущемся обилии движений наблюдается бедность их комбинаций, слабая приспособленность к реальным задачам. Скудность и инертность мимики нередко находятся в контрасте с повышенным настроением;
- 2) «двигательный инфантилизм» (А. Гомбургер, 1926), отражающий замедленную динамику моторного развития, в основе которого лежит неугасание некоторых рефлексов, свойственных раннему детству (синкинезии и др.), запаздывание в развитии стояния, ходьбы, сидения;
- 3) экстрапирамидная недостаточность (К. Якоб, 1924) с бедностью мимики, жестов, защитных и автоматических движений, недостаточностью их ритмичности, автоматизации;
- 4) фронтальная недостаточность (М. И. Гуревич, 1930) с малой способностью выработки двигательных формул, нецеленаправленной расторможенностью либо, наоборот, гиподинамией.

Структура дефекта при ДЦП

- Первичный дефект – поражение подкорковых структур и премоторных областей коры (мышечный тонус, плавность и последовательность движений)
- Вторичный дефект – задержка формирования моторной стороны речи, фразовой речи, расширения словарного запаса, недостаточность пространственного гнозиса, недоразвитие представлений о схеме собственного тела, недоразвитие предметных действий – общая задержка психического развития; нарушения эмоционально-личностной сферы (невротические, прежде всего, фобические расстройства, явления органического инфантилизма с монотонностью и отсутствием инициативы, факторы депривации и гиперопеки – аутизация или эгоцентризм, доминирование мотива подчинения взрослому, недоразвитие этической стороны личности)
- Компенсаторные феномены: уход во внутренний мир, истерические черты

Феномены асинхронии и принципы коррекции

- Явления изоляции действий и речи, сочетание феноменов ретардации и акселерации (манипулятивный уровень игры при богатой речи у слепых)
- Принципы компенсации «сверху вниз»: развитие остаточных сохранных сенсорных функций и переадресация к другим сохранным анализаторам с задачей расширения их функциональных способностей, замещающих дефектную функцию

Привязанность (Дж. Боулби)



- форма инстинктивного поведения;
 - развивается в период младенчества (стремление к близости с материнской фигурой);
 - основная функция – защита от хищников
-
- у взрослых по отношению к доминантной фигуре;
 - противопоставляется зависимости



Теория привязанности Дж. Боулби

- Базовая потребность ребенка – быть привязанным к матери
- Качество привязанности: предсказуемость и надежность объекта
- Логика развития привязанности: от недифференцированности – к специфической привязанности к матери – к партнерским отношениям и дифференциации привязанности
- Стадии поведения на разлуку с матерью: протест, отчаяние, отчуждение

Особенности привязанности

- Специфичность (направленно на одного/немногих индивидов);
- Длительность (в течение большей части жизни);
- Вовлеченность эмоций (установление связи – влюбленность; поддержание – любовь; разрыв – печаль; угроза утраты - тревога);
- Онтогенез (в теч. 9 мес.);
- Организация (активизирующие и стабилизирующие условия, опосредующие поведение привязанности);
- Биологическая функция (имеет ценность выживания, наблюдается у млекопитающих).

Стадии формирования привязанности (Дж. Боулби)

- 0-3мес. – неразборчивая реакция на людей (улыбка как способ установления привязанности);
- 3-6мес. – фокусирование внимания на знакомых людях (установление избирательных социальных реакций);
- 6мес.-3г. – интенсивная привязанность и активный поиск близости (усложнение и углубление привязанности к матери);
- 3г.-10-12л. – партнерское поведение (формирование способности учитывать интересы и планы родителей).

Стадии формирования привязанности (Р.Шеффер)

- 0-6нед. – асоциальная стадия (негативное восприятия окружающих);
- 6нед.-7мес. – стадия недифференцированных привязанностей (позитивное восприятие взрослых, осуществляющих заботу);
- 7-9мес. – стадия специфических привязанностей (формирование первичной привязанности к матери);
- 9-18мес. – стадия множественной привязанности (дифференциация целей взаимодействия с окружающими)

Модели множественной привязанности (Б.Е.Микиртумов и др.)

- Монотропная (социализация связана с матерью как единственным объектом привязанности);
- Иерархическая (ведущая роль матери при наличии вторичных объектов привязанности);
- Независимая (наличии равнозначных объектов привязанности);
- Интегративная (независимость ребенка от того или иного объекта привязанности);

Соотношение «детского» и «взрослого» горевания

- Дж. Боулби: уравнивал реакции на расставание у детей и взрослых, имеющих инстинктивную основу
- А. Фрейд, Р. Шпиц, М. Шур, Х. Дойч: разводили процессы горевания у детей и взрослых (наличие перцептивной и эмоциональной зрелости, способность проводить границу между Я и объектом)

Специфика горевания в зависимости от стадии потери объекта (У. Нагера)

- до 2 месяцев – возможность компенсации при «замене» объекта заботы (в связи с недифференцированностью Я и объекта)
- до 1 года – дистресс в результате сформированной психической репрезентации частичного объекта
- после 1 года – необходимость декатектирования (деинвестирования) при достижении стадии константности объекта привязанности

Типы привязанности (М. Эйнсворд)

- Не надежный (индифферентный) тип привязанности;
- Надежный тип привязанности;
- Не надежно-аффективный (двойственный) тип привязанности;
- Дезорганизованный неориентированный тип привязанности;
- Симбиотический (Б.Е.Микиртумов) тип привязанности.

Взаимосвязь нарушения поведения привязанности и паттерна объектных отношений (М. Эйнсворд)

- Негативная привязанность – пренебрежение или гиперопека
- Амбивалентная привязанность – непоследовательность
- Избегающая привязанность – отсутствие опыта контейнирования переживаний
- Дезорганизованная привязанность – паттерн жестокого обращения

Искаженное развитие

- Модель – ранний детский аутизм (РДА).
- Первичный дефект – нарушение базовой аффективной регуляции (первый блок мозга).
- Вторичный дефект: недоразвитие предметных навыков и предметного восприятия, речевые и интеллектуальные нарушения, аутизм.
- Основная координата недоразвития – «снизу вверх».

Структура дефекта при РДА

- Первичный дефект – патология регуляторных систем (дефицит психической активности, нарушения инстинктивно-аффективной сферы, афферентного звена палеорегуляции, низкие сенсорные пороги)
- Вторичный дефект – корково-подкорковые нарушения (гностические нарушения (фрагментарность восприятия), тоническая функция движений, плавность и точность моторных действий, зрительно-моторные нарушения, дефицит пространственных представлений)
- «Социальная» координата дефекта – недоразвитие предметных действий, которые не опосредуются социальной практикой их использования, несформированность коммуникативной стороны речи, нарушения общения, псевдосимволичность мышления
- Компенсаторный феномен – аутизм как защиты от страха фрагментированной реальности вследствие нарушения аффективной регуляции

Явления асинхронии при РДА

- Явления ретардации – сосуществование автономной (аутистической) и социальной речи, изоляция акустической и смысловой сторон слова, нарушения связи слова и предмета (эксперименты с замещающими игрушками, в которых дети с РДА не использовали функциональные свойства аффективно незначимого предмета; аффективно значимый предмет мог быть подвержен только конкретному замещению на копию), изоляция между действием и речью, изоляция мышления и аффекта, опережающее развитие вербально-логического мышления по сравнению с наглядно-действенным и наглядно-образным, перцептивных и понятийных обобщений, акселерация речевого развития по сравнению с моторным, изоляция интеллектуальных процессов и социальной практики, изолированное развитие мышления в отсутствие социальной мотивации, изоляция речи и восприятия, восприятия и действия

Явления асинхронии при РДА

- Задержка развития представлений самосознания, в т.ч. телесного
- Диспропорция психического развития с доминированием функций, которые могут развиваться на собственной узкой базе: опережающее развитие одних функций с недоразвитием других
- Зависимость от «полевых» воздействий (факторов внешнего контекста)
- Стремление к постоянству окружающей среды как феномен компенсации

Принципы КРО при РДА

- Блокада патологически обусловленных отрицательных эмоций через расширение спектра положительных стимулов
- Формирование координированных движений и активного восприятия, опосредованного социальной практикой (танцевальная и сказкотерапия)
- Формирование уверенности в своих силах и возможностях
- Стимулирование развития собственной активности и самостоятельной деятельности ребенка
- Формирование разнообразных стереотипов поведения и последующим наполнением их смыслами как формами взаимодействия с социальной средой как механизмов адаптации к ней

Дисгармоничное развитие

- Модель – психопатии (критерии Ганнушкина – тотальность, стабильность, дезадаптация).
- Первичный дефект – нарушение эмоционально-личностной сферы (акселерация полового созревания и развития аффекта).
- Вторичный дефект – рассогласование между аффектом и интеллектом, нарушение произвольных форм психических процессов.
- Основная координата недоразвития – «снизу вверх».

Классификация психопатий

- Конституциональные («ядерные») формы психопатий;
- Органические формы психопатий, связанные с ранними экзогенными вредностями;
- «Краевые» психопатии, связанные с преимущественным влиянием социальных факторов и близких к патохарактерологическим и невротическим личностным развитиям.
- Формы дисгармоничного дизонтогенеза: расстройства личности, патохарактерологические развития, невропатии, отклонения темпа полового созревания

Структура дефекта при дизгармоничном развитии

- Первичный дефект – нарушения в эмоциональной сфере (уровень вегетативной и вегетативно-эндокринной системы) – повышенная возбудимость, патологическая лабильность или инертность, вязкость или вялость аффекта, нарушение элементарных эмоций
- Вторичный дефект – несформированность высших форм эмоций и чувств, координирующих связей между аффектом и интеллектом, дефицит регулирующей функции интеллекта над аффектом
- Явления асинхронии: изоляция между низшими и высшими формами аффекта, феномены акселерации (например, опережающее сексуальное развитие при эндокринной патологии, речи и вербального мышления при шизоидной психопатии), нарушение иерархических связей между аффектом и интеллектом

Психосоматический онтогенез и дизонтогенез

- Рассмотрение телесности как аналога высшей психической функции (Тхостов А.Ш., Николаева Н.Н., Арина Г.А.) – различия понятий «тело» и «телесность», телесность как культурное, одухотворенное тело
- Социализация телесности как усвоение культурных способов удовлетворения телесных потребностей
- Психологизация телесности как формирование ее внутриспсихического регуляторного плана

Этапы психосоматического онтогенеза

- 1) Первичный психосоматический феномен в рамках психосоматического онтогенеза рождается внутри диады «мать-дитя» и связан с формированием языка тела – преобладание эмоциональной коммуникации.
- 2) На втором этапе ребенок начинает манипулировать собственным телом возникает возможность подражательных действий – формируются телесные стереотипы реагирования, в том числе за счет повторения телесных симптомов взрослого.

Этапы психосоматического онтогенеза

- 3) Третий этап связан с преобразованием психосоматической связи, происходящим благодаря опосредованию телесных функций системой языковых знаний – этап гностических телесных действий.
- 4) На четвертом этапе происходит формирование рефлексивного отношения к собственному телу – формируется план психологической регуляции телесных функций.

Варианты психосоматического дизонтогенеза

- — отставание в социализации телесных функций, обусловленное задержкой процесса психологического опосредствования (например, отставание в формировании навыков опрятности и произвольного регулирования движений, культурных форм удовлетворения потребностей). Критерием являются отклонения от социально-нормативно заданного, «эталонного» способа осуществления телесных действий;
- — регресс в психосоматическом развитии, который может быть кратковременным, как реакция на трудности развития (например, при плохом самочувствии ребенок теряет уже социализированные навыки: не может самостоятельно засыпать, есть и т. д.). Более сложный вариант регресса связан с актуализацией более ранних смысловых систем (например, конверсионный симптом) или с переходом к более примитивным механизмам регуляции телесности (от рефлекслируемых к аффективным);
- — искажение хода психосоматического развития, детерминированное искажением развития всей системы психологического опосредствования: ценностного, смыслового, когнитивного. Искажение касается развития телесного Я в целом. Связь с нарушенными детско-родительскими отношениями: симбиотическое и авторитарно-отвергающее отношения к ребенку (Эйдемиллер, Юстицкий, 1990).

Понятие «идентифицированного пациента»

- В кризисной семейной ситуации может происходить блокировка актуальных потребностей членов семьи, что, в свою очередь, может стать причиной **появления симптома** у одного из них — чаще всего у ребенка. Последний становится носителем симптома, который позволяет поддерживать старые, сложившиеся взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в результате стереотипных, «застывших» ролевых взаимодействий, отражая некоторые закрытые темы, прямое обсуждение которых нарушило бы семейные правила. Носитель симптома называется «идентифицированным пациентом». Термин введен в рамках семейного системного подхода (М. Боуэн).

Характеристики

симптоматического поведения

- сравнительно сильное влияние на других членов семьи;
- симптом произволен и не поддается контролю со стороны идентифицированного пациента;
- симптом закрепляется окружением;
- симптоматическое поведение может быть выгодно другим членам семьи;
- симптоматическое поведение «обслуживает» избегание членами семьи других психологических проблем, актуализация которых могла бы быть разрушительной для семейной системы;
- симптоматическое поведение выполняет функцию семейного стабилизатора.