

Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии



Термин **«лица с ограниченными возможностями здоровья»** приказ Мин. Образования и науки №617 от 18.08.2008г.

Общее здоровье определяется как состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие. ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения)

Основные критерии общего здоровья



- Структурная и функциональная сохранность органов и систем
- Свойственная организму индивидуально достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде
- Сохранность привычного самочувствия

Критерии психического здоровья (по ВОЗ)



- ❑ Осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»
- ❑ Чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях
- ❑ Критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам
- ❑ Соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте воздействий среды, социальным обстоятельствам и ситуациям
- ❑ Способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами
- ❑ Способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это
- ❑ Способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств

V групп здоровья, представленных в современной педиатрии и гигиене детей и подростков

I. Дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, не болевшие или редко болевшие за период наблюдения и имеющие нормальное, соответствующее возрасту физическое и нервно-психическое развитие.

Для детей I группы здоровья предусматриваются только профилактические и оздоровительные воздействия.

V групп здоровья, представленных в современной педиатрии и гигиене детей и подростков

II. Дети и подростки, не страдающие хроническими заболеваниями, но имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, а также часто (4 раза в год и более) или длительно (более 25 дней по одному заболеванию) болеющие (здоровье с морфофункциональными отклонениями и сниженной сопротивляемостью).

Для детей II группы здоровья сроки обследования устанавливаются чаще в зависимости от характера отклонений; они нуждаются в специальных и индивидуальных назначениях: оздоровительных, лечебных, режиме дня, питании, физическом воспитании, закаливании, симптоматическом лечении в соответствии с конкретной причиной и функциональными отклонениями, определяющими группу. Некоторые дети II группы должны находиться под систематическим наблюдением в возрастные сроки и по показаниям чаще у специалистов (невропатолога, эндокринолога и др.) в зависимости от фактора риска в целях своевременного выявления возможных отклонений.

V групп здоровья, представленных в современной педиатрии и гигиене детей и подростков



III. Объединяет детей, имеющих хронические заболевания в состоянии компенсации, с редкими и не тяжело протекающими обострениями хронического заболевания, без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия (больные в состоянии компенсации).

V групп здоровья, представленных в современной педиатрии и гигиене детей и подростков



IV. Лица с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации, с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения.

V. Включает детей и подростков с тяжелыми хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации и со значительно сниженными функциональными возможностями.

V групп здоровья, представленных в современной педиатрии и гигиене детей и подростков



Дети III — V групп наблюдаются педиатром и врачами-специалистами в сроки, установленные для диспансеризации больных, состоящих на диспансерном учете. Они нуждаются в систематическом лечении, проведении специальных мероприятий в зависимости от основного диагноза, в изменении режима, питания, физического воспитания, закаливания. Часто этим детям необходимо лечение в стационаре и санатории.

V групп здоровья, представленных в современной педиатрии и гигиене детей и подростков



При отнесении детей ко II — V группам не обязательно наличие отклонений по всем критериям здоровья, может оказаться достаточно и одного из них. Группу здоровья определяют по самому тяжелому отклонению или диагнозу.

В соответствии с изменением состояния здоровья по тому или иному признаку (или их сочетанию) педиатр в процессе длительного динамического наблюдения может изменить группу здоровья ребенка.

Основные критерии групп здоровья



- Наличие или отсутствие отклонений в раннем онтогенезе, генеалогический, биологический и социальный анамнез;
- Уровень физического развития и степень его гармоничности;
- Уровень нервно-психического развития;
- Резистентность и реактивность организма;
- Функциональное состояние организма;
- Наличие или отсутствие хронических болезней и врожденных пороков развития.

Основные факторы психического развития человека в норме и патологии



Факторы — постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака.

Основные условия, необходимые для нормального развития ребенка (Г.М. Дульнев, А.Р. Лурия)



- Нормальная работа головного мозга и его коры;
- Нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов;
- Сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром;
- Систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе

По времени воздействия патогенные факторы делятся:



- Пренатальные (до начала родовой деятельности)
- Натальные (в период родовой деятельности)
- Постнатальные (после родов, в период до 3-х лет)

Факторы риска недостаточности психофизического развития человека



- Биологические факторы
 - Генетические факторы
 - Соматический фактор
 - Индекс повреждения мозговых структур
- Социальные факторы
 - Ранние (до 3 лет) средовые воздействия
 - Текущие средовые воздействия

Биологические факторы риска



- Хромосомно-генетические отклонения
- Инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, токсоплазмоз)
- Венерические заболевания (гонорея, сифилис)
- Эндокринные заболевания матери, в частности диабет
- Несовместимость по резус-фактору
- Алкоголизм и прием наркотиков родителями, и особенно матерью
- Биохимические вредности (радиация, экологическое загрязнение окружающей среды, наличие в окружающей среде тяжелых металлов, использование в агротехнике искусственных удобрений, пищевых добавок, неправильное использование медицинских препаратов и др.), воздействующие на родителей и на самих детей в ранние периоды постнатального развития

Биологические факторы риска



- Серьезные отклонения в соматическом здоровье матери (недоедание, гиповитаминоз, опухолевые заболевания, общая соматическая ослабленность)
- Гипоксические (кислородная недостаточность)
- Токсикозы матери во время беременности, особенно во второй ее половине
- Патологическое протекание родовой деятельности, особенно сопровождающееся травматизацией головного мозга
- Мозговые травмы и тяжелые инфекционные заболевания, перенесенные ребенком в раннем возрасте
- Внутричерепные новообразования
- Хронические заболевания (астма, заболевания крови, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез и др.), начавшиеся в раннем и дошкольном возрасте

Социальные факторы риска возникновения проблем в развитии ребенка



Социальные влияния в пренатальном и натальном периодах развития ребенка

С. Гроф (американский исследователь), выявил, что в период внутриутробного развития у ребенка закладываются базовые перинатальные матрицы эмоционального опыта, которые становятся основой нормального или патогенного психического развития ребенка.

Патогенными являются длительные отрицательные переживания матери, сильные кратковременные стрессы.

Огромное значение придается психологическому состоянию матери во время родов.

Социальные влияния в период индивидуального развития



Отсутствие условий для развертывания эмоционального общения ребенка со взрослыми (нахождение ребенка в доме ребенка)

Пребывание ребенка в семье социального риска повышает риск развития состояний педагогической и социальной запущенности

Последствия негативных социально-психологических воздействий



- Сепарационные симптомокомплексы
- Реактивные расстройства привязанности
- Психическая депривация

Влияние неблагоприятных социально-психологических факторов



Психическая депривация — психическое состояние, возникшее в результате определенных условий, в которых субъекту не представляется возможность для удовлетворения ряда его основных психосоциальных потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени.

Депривационная ситуация у ребенка — особые условия жизнедеятельности ребенка, проявляющиеся в невозможности или затруднении удовлетворения его основных психосоциальных потребностей.

Условия возникновения психической депривации



- В условиях сенсорной недостаточности (сенсорная депривация у слепых, глухих, слепоглухих детей, а также у слабовидящих и слабослышащих воспитанников детских домов вследствие недостатка разнообразной сенсорной стимуляции и т.п.);
- При ограничении двигательной активности (двигательная депривация у детей, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата, долго болеющих);
- При длительной разлуке с матерью или ее недостаточной привязанности к ребенку (материнская депривация у детей-сирот, у детей матерей-"отказниц", при недостаточном материнском внимании к ребенку в условиях семьи).

Возможные проявления психической депривации



- **Задержка и искажение интеллектуального развития (от легких временных, парциальных задержек до глубокой дебильности), обеднение познавательной сферы;**
- **Эмоциональные расстройства в виде различных депривационных состояний, а также глубокие и стойкие искажения формирования эмоций (обедненность эмоционального реагирования, неспособность к сопереживанию, вплоть до эмоциональной уплощенности, и т.д.);**
- **Волевые нарушения, от снижения активности до выраженной пассивности ребенка, слабости и истощаемости побудительных мотивов;**

Возможные проявления психической депривации



- Коммуникативные нарушения, от легких аутистических тенденций до так называемого парааутизма как стойкого состояния (отличие его от истинного: функциональность и обратимость при стимуляции, сохранность зрительного контакта и эмоционального ответа даже при пролонгированной депривации);
- Двигательные стереотипии и привычные действия в бодрствовании (раскачивания, сосание пальца, языка, мастурбация и др.), которые рассматриваются в качестве аутостимулирующих действий, призванных заместить недостаточность стимулов любого рода;
- Расстройства инстинктивной сферы и функциональные соматовегетативные проявления, среди которых наиболее частыми являются нарушения аппетита, сна (изменения его глубины, продолжительности, затруднения дыхания, возникновение двигательных стереотипий и пароксизмальных нарушений во сне). Соматические симптомы патогенетически тесно связаны с аффективными реакциями, разнообразны и могут затрагивать практически все органы и системы.

Показатели различий глубины и тяжести депривационных нарушений



срок
наступления
депривационно
го воздействия



его
длительность и
интенсивность



качество
депривационно
го воздействия

Внутренние условия депривации (Й. Лангмейер, З. Матейчик, 1984)



- Возраст, в котором ребенок испытывает депривационное воздействие (дети первых лет жизни наиболее чувствительны к любому типу депривации);
- Пол ребенка (по ряду данных, мальчики более явно реагируют на депривационные ситуации, но этот вопрос нуждается в дополнительных исследованиях);
- Конституциональные особенности (важны такие врожденные характеристики темперамента, как уровень активности, интенсивность реакций, регулярность или нерегулярность биоритма, приспособляемость к изменениям и др.);

Внутренние условия депривации (Й. Лангмейер, З. Матейчик, 1984)



- Генетическая предрасположенность к каким-либо генетическим психическим или соматическим заболеваниям, которые могут провоцироваться в условиях депривации;
- Наличие минимальной дисфункции мозга перинатального генеза, вызывающей дополнительные "внутренние" депривационные воздействия из-за перцептивных и двигательных расстройств, пусть даже легких.

Реактивные расстройства привязанности



Привязанность (англ. — attachment) — термин, которым обозначаются специфические эмоционально-психологические, устойчивые во времени связи индивидуума с любящими его людьми.

М. Ейнсворт определяет эти связи как "духовные" и в одной из своих работ (1989 г.) пишет о том, что их формирование происходит в течение всей жизни человека с разными лицами: родителями, родственниками, сексуальными партнерами, друзьями.

Основные фазы формирования привязанности к матери (Р.А. Шпитц)



- 1) От рождения до 3 мес, когда ребенок еще не осознает свою мать как отдельное особое существо, не проявляет никаких внешних признаков тревоги, если вместо матери появляется кто-то другой, и одинаково ищет близости с любым знакомым и незнакомым человеком доступными ему средствами (улыбкой, вокализациями, двигательной активностью) — ***предобъектная стадия***;

Основные фазы формирования привязанности к матери (Р.А. Шпитц)



2) От 3 до 6 мес — время, когда ребенок учится постепенно узнавать знакомые и незнакомые лица. При этом мать, как лицо наиболее быстро и активно реагирующее на сигналы младенца, скорее других выделяется им, именно ей, в первую очередь, начинают адресоваться ответные сигналы ребенка — ***стадия предварительного объекта***;

Основные фазы формирования привязанности к матери (Р.А. Шпитц)



3) От 7 до 8 мес — период, когда у ребенка формируется представление о постоянстве людей и предметов, и особенно матери, он становится четко избирательным в общении с нею, а также со знакомыми и незнакомыми людьми — **стадия объекта**. Как следствие сформированности привязанности исчезают ровные дружелюбные реакции ребенка на любого человека, появляются признаки тревоги при приближении незнакомого, ребенок обнаруживает явную тревогу при отделении от матери.

Реактивные расстройства привязанности



- Диагноз реактивного расстройства привязанности ставится детям начиная с младенческого возраста до 5 лет;
- Он базируется на выявлении характерных нарушений в коммуникативной, эмоциональной и поведенческой сферах, а также может включать определенные поведенческие отклонения.

Основные группы симптомов реактивных расстройств привязанности



- Устойчивое нежелание ребенка вступать в контакт или поддерживать общение с окружающими взрослыми (у младенцев это отсутствие или слабость зрительного контакта и голосового подражания, нежелание совместной игры или даже сопротивление ей и т.п.); апатичный или сниженный фон настроения, часто с боязливостью или настороженностью, который не исчезает, когда ребенка утешают; с 1,5 — 2 лет плохое социальное взаимодействие со сверстниками, агрессия к себе и другим; отсутствие любопытства и достаточной спонтанности в деятельности;

Основные группы симптомов реактивных расстройств привязанности



- "диффузная общительность", которая проявляется в отсутствии чувства дистанции со взрослыми и в фамильярности в общении с почти незнакомыми людьми, постоянных просьбах о чем-то, желании всеми способами привлечь к себе внимание ("прилипчивое" поведение); с 4 лет и позже — неразборчивые дружеские связи со сверстниками.

Основные группы симптомов реактивных расстройств привязанности



- «Расторможенное расстройство привязанности» считается характерным для детей, воспитывающихся в домах ребенка с младенчества при частой смене воспитателей; в американской классификации он рассматривается в рамках общего синдрома реактивного расстройства привязанности.

Соматические расстройства привязанности



- снижение физических показателей развития (масса, рост);
- слабость мышечного тонуса;
- недоразвитие костной системы при нормальном уровне гормона роста, что говорит о том, что выявляемые нарушения вторичны.

Сепарационные фазы (И. Боулби, 1952), наиболее типичные для детей от 7 месяцев до 4 лет



Разрыв устойчивых эмоциональных связей с матерью или другими близкими людьми - **сепарация** (англ. separate — разделять)

В случае помещения детей в круглосуточные ясли, больницу, дом ребенка и т.д.

Первая фаза — фаза "протеста": ребенок плачем зовет свою мать (или другого человека, к которому он успел сформировать привязанность), не отпускает ее, когда она приходит его навестить, рыдает при ее уходе, иногда обнаруживает признаки паники.

Сепарационные фазы (И. Боулби, 1952), наиболее типичные для детей от 7 мес. До 4 лет



Вторая — **фаза "отчаяния" (или депрессии)**, когда ребенок становится подавленным, погруженным в себя, у него отмечается нарушение сна и аппетита, нередко сосание пальца, раскачивания и другие стереотипные действия (через несколько дней после первой фазы или позже)

Сепарационные фазы (И. Боулби, 1952), наиболее типичные для детей от 7 мес. До 4 лет



Третья, фаза — "отчуждения", когда ребенок теряет интерес к объекту прежней привязанности и для него перестает быть важным, навещает он его или нет, т.е. происходит утрата потребности в объекте привязанности.

Симптоматика сепарационных фаз не всегда наблюдается последовательно, она может как бы "переплетаться".

Первичные и вторичные дефекты



К первичным дефектам относятся частные и общие нарушения функций центральной нервной системы, а также несоответствие уровня развития возрастной норме (недоразвитие, задержка, асинхрония развития, явления ретардации, регресса и акселерации), нарушения межфункциональных связей

Первичный дефект является следствием таких нарушений, как недоразвитие или повреждение мозга. Возможно и их сочетание

Первичные и вторичные дефекты



Вторичный дефект возникает в ходе развития ребенка с нарушениями психофизического развития в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений, а, напротив, детерминирует отклонения в личностном развитии

Механизм возникновения вторичных дефектов различен



1. Вторичному недоразвитию подвергаются функции, непосредственно связанные с поврежденной. (нарушение формирования речи у глухих)
2. Вторичное недоразвитие характерно и для тех функций, которые во время повреждения находились в сензитивном периоде развития. (нарушения произвольной моторики в дошкольном возрасте может проявиться в двигательной расторможенности)
3. Важнейший фактор возникновения вторичного недоразвития – социальная депривация. (дефект, препятствующий нормальному общению ребенка со сверстниками и взрослыми, тормозит усвоение им знаний и навыков)

Личностные реакции на первичный дефект



- ❖ *Игнорирование* – часто встречается при нарушении интеллекта, связано с недоразвитием мышления и недостаточной критикой к успешности своей деятельности.
- ❖ *Вытеснение* – относится к невротическому типу реагирования на дефект и проявляется в сознательном непризнании его существования при подсознательном конфликте, накоплении негативных эмоций.

Личностные реакции на первичный дефект



- ❖ *Компенсация* – такой тип реагирования, при котором происходит осознание дефекта и замещение утраченной функции за счет более сохранных.
- ❖ *Гиперкомпенсация* – усиленное развитие сохранных функций, сочетающихся со стремлением доказать, что дефект не приводит к каким-либо проблемам.
- ❖ *Астенический тип* реагирования приводит к возникновению заниженного уровня притязаний, низкой самооценке, фиксации на осознании своей неполноценности.

Типы классификаций психического дизонтогенеза



Г.Е. Сухарева (1959) с позиций патогенеза нарушений развития личности различает три вида психического дизонтогенеза

- Задержанное развитие
- Поврежденное развитие
- Искаженное развитие

Типы классификаций психического дизонтогенеза



Л. Каннер (Kanner L., 1955)

- Недоразвитие
- Искаженное развитие

Типы классификаций психического дизонтогенеза



Я. Лутц (Lutz J., 1968) выделяет пять типов нарушений психического развития

1. Необратимое недоразвитие связывается с моделью олигофрении;
2. Дисгармоничное развитие – с психопатией;
3. Регрессирующее развитие – с прогрессирующими дегенеративными заболеваниями, злокачественной эпилепсией;
4. Альтернирующее развитие, включающее состояния асинхронии как в виде ретардации, так и акселерации и наблюдаемое при самой различной соматической и психической патологии;
5. Развитие, измененное по качеству и направлению, наблюдаемое при шизофреническом процессе.

Типы классификаций психического дизонтогенеза



По мнению **Г.К. Ушакова (1973)** и **В.В. Ковалева (1979)**, основными типами психического дизонтогенеза являются два:

1. Ретардация – замедление или стойкое психическое недоразвитие (как общее, так и парциальное);
2. Асинхрония – неравномерное, дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

Варианты психического дизонтогенеза В.В. Лебединского



Аномалия	Чем вызвана
1. Недоразвитие	Отставание в развитии
2. Задержанное развитие	Отставание в развитии
3. Поврежденное развитие	Поломка в развитии
4. Дефицитарное развитие	Поломка в развитии
5. Искаженное развитие	Асинхрония развития
6. Дисгармоническое развитие	Асинхрония развития