**ОСНОВНЫЕ ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ГРУППЫ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ**

**Недостаточное развитие** Таблица № 1.

Тотальное недоразвитие Таблица № 2.

Задержанное развитие Таблица № 3.

Парциальная несформированность ВПФ Таблица № 4.

**Асинхронное развитие** Таблица № 5.

Дисгармоничное развитие Таблица № 6.

Искаженное развитие Таблица № 7.

* Преимущественное искажение эмоционально-аффективной сферы (А21) Таблица № 8.

Дизинтегративное развитие Таблица № 9.

**Поврежденное развитие** Таблица № 10.

Локально поврежденное развитие Таблица № 11.

Диффузно поврежденное развитие Таблица № 12.

**Таблица № 1**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Недостаточное развитие** | | |
| ***Тотальное недоразвитие*** | ***Задержанное развитие*** | ***Парциальная несформированность ВПФ*** |
| Тотальное недоразвитие может проявиться уже достаточно рано резким, по сравнению с условно нормативным развитием, запаздыванием сроков как психомоторного и психоэмоционального, так и речевого развития. В дальнейшем оно характеризуется грубым несоответствием этих параметров возрастным показателям, а также грубой социальной незрелостью. Именно тотальное недоразвитие характеризуется крайне низкими показателями адекватности, критичности, обучаемости, что служит дополнительным дифференциально-диагностическим признаком. | Задержанное развитие – обратимое замедление темпов психического развития, выражающееся в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, низкой интеллектуальной целенаправленности, быстрой пресыщаемости интеллектуальной деятельностью. | «Парциальная несформированность высших психических функций» имеет ряд принципиальных отличий по сравнению с подгруппой, описанной ранее. Многие психологи и психиатры широко используют термин «парциальность» для характеристики неравномерности развития тех или иных сторон психической деятельности, подчеркивая мозаичность, незрелость отдельных сторон психического развития ребенка.  Наиболее принципиальное отличие этой категории от детей с различными типами задержанного развития заключается в том, что развитие этих детей идет принципиально иным путем. Поскольку без применения серьезных специфических мероприятий эти дети «не догонят» своих сверстников ни к 9-11 годам, ни даже позднее. А в дальнейшем признаки несформированности когнитивного звена ВПФ нарастают и «маскируются» особенностями эмоционально-личностного развития, которые позже возможно квалифицировать как иные варианты дисгармоний или недоразвития. |

**Таблица № 2**.

**Виды недостаточного развития**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Тотальное недоразвитие***  Эта категория детей будет демонстрировать грубую недостаточность и произвольной регуляции деятельности, и пространственно-временных репрезентаций (как основы познавательной деятельности). Эти составляющие механизмов психического развития дефицитарны начиная с самых «глубоких» уровней: регуляции движений (в первую очередь, возможности осуществлять сложные двигательные программы) – в регуляторной составляющей и уровня «схемы тела» - ее сенсомоторной интеграции – в когнитивной составляющей (пространственно-временных репрезентаций). Точно также у детей этой группы наблюдаются различные варианты специфики формирования аффективной организации.  При сборе анамнестических сведений у родителей детей с тотальным недоразвитием наиболее существенным и типичным оказывается наличие значительного количества признаков, отражающих неврологическое неблагополучие (чаще всего признаки раннего повреждения ЦНС), а также выраженное значительное отставание сроков формирования всех психологических образований первого - третьего года жизни. Существенно замедленные темпы моторного развития – сроки, в которые ребенок садится, самостоятельно встает, начинает ходить, то есть сроки, в которые ребенок начинает произвольно (то есть целенаправленно) регулировать свою двигательную активность. При этом отставание в моторном развитии может быть различным – вплоть до грубого отставания, однако во всех случаях это отставание обусловлено не первичным поражением двигательной системы, а именно недостаточностью интегративных форм сенсомоторной деятельности.  Сильно сдвинуты во времени и сроки предречевого и собственно речевого развития – гуление, лепет, первые слова, задерживается и понимание речи взрослого.  При оценке аффективного развития - значительно отодвинут во времени возраст возникновения комплекса оживления, другие адекватные, дифференцированные социально-эмоциональные реакции (в тяжелых случаях они вообще могут не формироваться). В целом можно говорить о значительном снижении и даже отсутствии познавательного интереса к окружающему, отсутствии проявлений специфичных для детей «исследовательских» форм поведения, а в целом – о выраженной недостаточности «активности к развитию», усугубляемых низкими ресурсными возможностями ребенка.  **Основным диагнозом, выставляемым медиками для этой категории детей, является «умственная отсталость», которая в МКБ -10 имеет шифр: (F70.х - F79.х).** | | | |
| ***Критерии оценки*** | ***Простой уравновешенный тип*** | ***Аффективно-неустойчивый тип*** | ***Тормозимо-инертный тип*** |
| Характеристика типа | Для **простого уравновешенного типа** наиболее характерным является относительная уравновешенность в поведении ребенка, сочетающаяся с непосредственностью реакций, характерной для детей значительно более младшего возраста, или, наоборот, «сниженностью», приглушенностью ориентировочного реагирования. Деятельность долго имеет манипулятивный, подражательный характер, Дети, как правило, зависимы, несамостоятельны. Они весьма ориентированы на оценку другого человека и достаточно правильны в поведении. | **Аффективно-возбудимый тип** тотального недоразвития характеризуется, в первую очередь, выраженной импульсивностью - достаточно грубыми нарушениями целенаправленности, самоконтроля, регуляции и организации своего поведения и деятельности в целом при явном интеллектуальном дефиците. Характерны немотивированные перепады настроения от эйфории к дисфории и наоборот. Дети, как правило, быстро пресыщаемы, и именно на фоне пресыщения или истощения чаще всего и возможны аффективные вспышки деструктивного характера. У детей наблюдается расторможенность витальных влечений – жажды, пищевых и т.п. В целом дети этой категории демонстрируют более низкие результаты выполнения тех или иных действий и заданий, по сравнению с детьми, с простым уравновешенным типом, в силу более грубого недоразвития регуляторных функций, выступающих на первый план поведенческих проблем. Среди этой категории детей значительно чаще встречаются дети с органическими заболеваниями и ранними повреждениями ЦНС. | Спецификой детей с **тормозимо-инертным типом** **тотального недоразвития** является (помимо выраженных проблем формирования всех сторон познавательной деятельности) еще и значительная вялость, заторможенность, инертность (ригидность), низкий уровень психической активности в целом. Достаточно часто при этом типе отклоняющегося развития в качестве причин выявляется такое специфическое органическое поражение ЦНС как эпилепсия или различные формы эпилептического синдрома. Это, в свою очередь, приводит к формированию истинной инертности, ригидности, «тугоподвижности» протекания мыслительных процессов,  В раннем возрасте наблюдаются признаки поражения ЦНС вследствие пре- и перинатальной патологии. Часто отмечаются не только признаки гиповозбудимости, - низкая двигательная и психическая активность, но и признаки сниженного мышечного тонуса. |
| Внешний вид | При оценкеотмечается наличие внешней стигматизации, диспластичность элементов головы, лица (сдавленные виски, своеобразная форма носа или ушей, специфичный разрез глаз, приоткрытый рот, нередко слюнотечение, слишком близко или слишком широко расставленные глаза, измененные зубы, необычная структура тела, форма ладоней). Могут наблюдаться признаки эндокринопатии (в частности ожирения). Ребенок держится без дистанции, быстро становиться «дурашливым». Часто видны признаки полевого, нецеленаправленного поведения. Однако ребенок, как правило, управляем взрослым, доступен процедуре обследования. В целом поведение такого ребенка в процессе диагностики можно описать как условно «правильное». Общая моторика дисгармонична, мелкая моторика развита слабо, ребенку с трудом удаются точные, координированные движения. | Как и в предыдущем случае, достаточно часто отмечается наличие внешней стигматизации, диспластичности, внешних особенностей строения лица и тела. Еще чаще наблюдаются признаки эндокринопатии. | Как и при вышеописанных типах тотального недоразвития могут присутствовать признаки внешней стигматизации, часто отмечается повышенная саливация, дети бывают повышено упитаны. Ребенок выглядит как тихий, заторможенный, вялый и неактивный. В контакт вступает медленно, не сразу понимает, что от него хотят, очень долго «въезжает» в ситуацию. Часто ребенок чрезмерно зависим от взрослого. Выявляются множественные признаки моторной неловкости **–** дети выражено неуклюжи, двигательная сформированность явно недостаточна.  По мере вступления в контакт ребенок может заинтересоваться предлагаемыми играми и заданиями, становится управляемым взрослым, доступен процедуре обследования. |
| Темп деятельности | Как правило, замедленный, хотя ребенок может быть и быстрым, импульсивным. Последнее часто наблюдается вследствие некритичности к результатам собственной деятельности – ребенок выполняет задания достаточно быстро, но неправильно. Возможные колебания темпа деятельности, как правило, не зависят от сложности и характера предлагаемых заданий. | *Темп деятельности*, как правило, грубо неравномерен, чаще импульсивно убыстрен. Нецеленаправленный характер деятельности и даже высокий темп не сказываются на продуктивности и результативности деятельности. Она остается малопродуктивной и хаотичной. В основном работа идет путем нецеленаправленных проб и ошибок. Присутствует грубая некритичность, по сути, отсутствие мотивации к улучшению результатов.  Темп внеучебной деятельности и работоспособность могут быть фактически не сниженными, ребенок может быть достаточно работоспособен в своей привычной деятельности, но при необходимости удерживать логику поведения, необходимую для какой-либо продуктивной деятельности крайне быстро устает и демонстрирует при этом весь репертуар своих поведенческих особенностей. | Для этого варианта развития наиболее специфичным является как низкий *темп деятельности*, так и выраженная инертность, склонность к реакциям тормозимого типа: замыкание в себе, прекращение какой-либо деятельности. В то же время ребенок одновременно легко отвлекаем и тормозим. |
| Обучаемость | *Обучаемость* ребенка также выражено снижена, перенос освоенных навыков на аналогичный материал порою грубо затруднен даже при подаче его в наглядно-действенной форме. Темп обучения значительно замедлен. Таким образом, значительное снижение этих трех показателей( критичность, адекватность и обучаемость) является специфичным для всех типов тотального недоразвития. | *Обучаемость*как основной для этих групп детей показательновым видам деятельности грубо замедлена, как и темп обучения (в том числе и за счет неадекватности некритичности ребенка к результатам собственной деятельности, и отсутствия мотивации к работе). Общее впечатление об обучаемости, как правило, хуже, чем объективно может быть на самом деле, именно вследствие поведенческих особенностей. | *Обучаемость* такого ребенка (как основной показатель детей с тотальным недоразвитием) новым видам деятельности выражено снижена даже по сравнению с обучаемостью детей с простым уравновешенным типом тотального недоразвития именно в силу инертности деятельности в целом. По этой же причине существенно затруднен и перенос освоенных навыков на аналогичный материал. Ребенок испытывает большие (не сказать огромные) трудности при переключении от одного типа задания к другому. Иногда такое переключение вообще недоступно. |
| Работоспособность | Может быть как сниженной, так и нормативной. Часто такие дети мало пресыщаемы, могут долгое время заниматься однотипной несложной «механической» деятельностью. | Дети быстро пресыщаемы, не могут даже недолгое время заниматься однотипной несложной деятельностью, достаточно быстро проявляя негативизм и аффективные разного рода вспышки. В целом, характеристики работоспособности детей этой группы и особенности их темпа деятельности будут тем грубее снижены, чем больший вес приобретает органическая составляющая причинного уровня (повреждений ЦНС). | *Работоспособность* невысокая, но в отдельных случаях может быть достаточной. Как правило, дети быстро пресыщаемы. Общий уровень психической активности и психического тонуса выражено снижен. |
| Адекватность поведения | Самостоятельный контроль за результатами собственной деятельности малодоступен. Иногда ребенок с трудом работает даже под контролем взрослого, не удерживает алгоритм задания, не в состоянии сравнить полученный результат с требуемым. На фоне утомления его деятельность становится выражено импульсивной.  Хотя для простого уравновешенного типа тотального недоразвития специфично наличие адекватных форм поведения на бытовом уровне, в целом*адекватность* поведения недостаточна. | В большей или меньшей степени показателей *адекватности и критичности* при анализе особенностей детей с тотальным недоразвитием является специфичным. Однако для детей с аффективно-нейстойчивым типом эти характеристики наиболее ярко выражены. | Порой создается впечатление достаточной *адекватности* ребенка*,* но при тщательном анализе видно, что в целом адекватность явно недостаточна, хотя ее формирование лучше, чем при аффективно-возбудимой форме. Ребенок адекватен к ситуации. В некоторых ситуациях (например, на уроке) ребенок может быть тих, покоен и т.п., но не включен. |
| Критичность | *Критичность*ребенка, в первую очередь, к результатам своей деятельности чаще всего грубо снижена, хотя он адекватно реагирует на похвалу или неодобрение со стороны взрослых. | Иногда создается такое же ошибочное впечатление достаточной *критичности* ребенка (может быть за счет трудности вхождения в контакт, инертной привязанности к матери, что «ширмует» собственно недоразвитие, создавая картину псевдоневротических расстройств). При этом ребенок свои ошибки замечает с трудом, может долго не продолжать работу после сделанного замечания. Обычно такого рода поведение объясняется родителями природной застенчивостью ребенка. В целом критичность к результатам своей деятельности значительно снижена, равно как и критичность к самой ситуации обследования. |
| Познавательная деятельность | При данном типе тотального недоразвития отмечается грубая недоразвитие (дефицитарность) всех психических процессов и функций. Несмотря на то, что (как отмечается практически во всех исследованиях) страдают, «сложные» интегративные уровни когнитивной сферы, связанные с обобщением, анализом и синтезом, значительном снижении уровня понятийного мышления следует отметить и выраженную недостаточность и элементарных компонентов познавательной деятельности..  Отмечается значительное снижение результативности выполнения заданий вербального-логического, и перцептивно-действенного характера, и стратегии их выполения. | *Познавательная деятельность*характеризуется не только тотальным недоразвитием всех ее составляющих, но и имеет ряд отличительных особенностей. Отмечается низкая результативность выполнения как вербальных, так и невербальных заданий (сопровождающаяся специфичным поведением). Ребенок работает методом хаотических проб и ошибок, что не может не сказаться на результатах выполнения заданий.  То есть при аффективно-неустойчивом типе тотального недоразвития отмечается грубая недоразвитие регуляторных функций всех уровней, сопровождающаяся иерархичным недоразвитием высших психических функций (включая языкоречемыслительную деятельность, различные виды памяти, внимания, слухового и зрительного гнозиса, конструктивного праксиса и т.п.).  Тот факт, что чем глубже степень тотального недоразвития, тем больше с возрастом ребенок отстает по всем параметрам когнитивного развития от нормативных показателей данного возраста, проявляется при данном типе тотального недоразвития еще в большей степени, усугубляясь проблемами поведенческого характера. | В целом развитие *познавательной деятельности* у детей этой категории наряду с общими характеристиками, свойственными подгруппе в целом, отягощается инертностью и тугоподвижностью и высокой тормозимостью всех психических процессов.  Здесь можно увидеть грубую недоразвитие всей иерархии психических процессов и функций,. При работе над теми или иными заданиями страдают, и наиболее «сложные» интегративные уровни когнитивной сферы, связанные с обобщением, анализом и синтезом, и большинство элементарных, базовых компонентов. При этом чисто внешне создается ошибочное впечатление более благополучного состояния развития когнитивной сферы в силу трудности вхождения в контакт, высокой ориентации на взрослых, значительной «правильности» поведения ребенка (в особенности по сравнению с детьми с аффективно-неустойчивым типом тотального недоразвития). Такие дети (учитывая их склонность к однообразной, инертной деятельности) до определенного момента условно удовлетворяют требованиям образовательной среды (ДОУ или даже начальной школы), особенно по параметрам поведения. В тоже время результативность выполнения заданий в соответствии с образовательными возрастными нормативами явно недостаточна. |
| Игра | *Игра*таких детей, как правило, примитивна, сюжетно и эмоционально обеднена и манипулятивна. Ребенок не принимает условности игры, в дошкольном возрасте мало использует предметы в качестве игровых заместителей. При этом дети в общих играх достаточно некритичны к своей несостоятельности, часто ведут себя неадекватно игровой ситуации. В играх с другими детьми ребенок часто выполняет пассивную роль, нуждается в тщательной организации и планировании игры. | Характер *игры* по содержанию мало чем отличается от игры детей с простым типом тотального недоразвития, но в общении со сверстниками часто такой ребенок чаще может быть деструктивен, агрессивен и вспыльчив. Практически невозможен самостоятельный продуктивный контакт с другими детьми за счет грубой некритичности. Игра носит одновременно манипулятивный, и деструктивный характер. Такой ребенок не столько стремиться занять ведущую позицию в игре, сколько некритично относясь к своим игровым возможностям, достаточно грубо импульсивен (именно вследствие этого игра чаще всего деструктивна).  Ребенок вспыльчив, неуправляем, легко переходит от эйфории к дисфории и агрессии. Эмоциональный фон нестабилен. Проявляется крайняя импульсивность во всех сферах. Ребенок чрезвычайно зависим от своих витальных потребностей, не способен их контролировать. Отсрочка или невыполнение желаний вызывает бурные аффективные вспышки, порой не только с элементами агрессии, но и аутоагрессии. | Нередко дети стараются вообще не участвовать в *играх*, минимально контактировать со сверстниками и скорее склонны к нахождению рядом со взрослым (воспитателем, учителем). Порой это принимает внешний характер помощи взрослым (наводить порядок, сортировать, раскладывать какие-либо предметы и т.п.). В играх пассивны, игра в основном манипулятивная, подражающая, инертная, имеет не столько собственно сюжетное содержание, сколько представляет из себя инертное соблюдение формальных признаков того или иного действия. Эмоциональные проявления обеднены. При этом ребенок подражает взрослым во внешнем рисунке их действий. Крайне редко предметы используются в качестве игровых заместителей. При легкой степени выраженности недоразвития игра может соответствовать игре детей более младшего возраста, однако всегда отмечается инертность деятельности ребенка и его тормозимость. В играх с другими детьми оказывается в пассивной роли и нуждается в организации и планировании игровых действий взрослым. |
| Аффективно-эмоциональная сфера | При анализе *аффективно-эмоциональной сферы* отмечаютсяпризнаки эмоциональной уплощенности, ребенок зависим, несамостоятелен. При этом незлобен, чаще благодушен, чем раздражен. Самооценка неадекватна, ориентирована на оценку другого человека, в том числе и другого ребенка. В силу снижения критичности притязания на успех неадекватны, могут быть завышены. | При этом поведение, как правило, носит полевой характер, ребенок импульсивен, эйфоричен или, наоборот, дисфоричен, может быть агрессивен. Очень легок переход от эйфории к дисфории, часто не имеющий под собой актуальной причины.  Ребенок держится без дистанции, фамильярен и упорен в своих желаниях и потребностях, грубо некритичен в своих естественных проявлениях (может рыгнуть, выпустить газы, обмочиться во время обследования, ничуть не смущаясь этого). Ориентировочная реакция повышена, неадекватна силе побуждающего воздействия среды. Наблюдаются выраженные признаки полевого, нецеленаправленного поведения, с трудом управляем взрослым, порой недоступен процедуре обследования. Отмечается выраженная моторная неловкость. В целом поведение такого ребенка в процессе диагностики можно описать как «неадекватное, грубо импульсивное и полевое». | Общий фон настроения часто снижен, дети часто плаксивы, долго успокаиваются, в то же время, им не свойственны резкие перепады настроения (в отличие от детей с другими типами тотального недоразвития). Ребенок с трудом вступает в контакты, инертен в своих предпочтениях и интересах, мало пресыщаем, склонен к монотонной однообразной деятельности и испытывает дискомфорт при ее прерывании. В эмоциональных реакциях ребенок также инертен. Сами эмоциональные реакции значительно уплощены. От контактов с детьми часто уклоняется, эти контакты можно назвать «формальными». Склонен находиться рядом со взрослым или рядом с ребенком, к которому привык и от которого зависим. Очень ориентирован на реакции взрослого. |
| Направления коррекционно-развивающей работы | При проведении *развивающей* и *коррекционной* работы следует учитывать, и феноменологические особенности, и особенности сформированности регуляторного и когнитивного компонентов познавательной деятельности. Может быть использован широкий спектр развивающе-коррекционных направлений работы, но можно говорить и о приоритетных. К ним могут быть отнесены программы по развитию межанализаторных взаимодействий (зрительно-, слухо-моторные координации), развитие произвольных форм регуляции психических функций и поведения, в том числе функций программирования и контроля, а также формирование пространственных представлений, начиная с уровня, как правило - «от тела». В качестве программы развития аффективно-эмоциональной сферы необходимо выделить, в первую очередь, тоническую стимуляцию за счет организации ритма аффективной жизни, подключение к работе опору на чувственный опыт ребенка. | Для таких детей принципиально целесообразно любую коррекционную работу проводить на фоне или непосредственно после курсов как специфической, так и неспецифической медикаментозной терапии. Следовательно, при определении последовательности включения в работу с детьми специалистов разного профиля приоритет отдается детскому психиатру и неврологу. Дальнейшая работа должна быть направлена, на формирование произвольной регуляции деятельности и функции программирования и контроля, поскольку без этой «базы» деятельность олигофренопедагога и логопеда может стать просто невозможной. Необходимо также проведение массивной психотерапевтической работы с семьей ребенка, в первую очередь чтобы обосновать, необходимость лечения ребенка, Такая же работа показана и при психолого-педагогическом сопровождении. | Важной особенностью формирования *развивающих* и *коррекционных* программ (при отсутствии неврологических противопоказаний) является включение разнообразной сенсорной стимуляции (за исключением случаев эпилептиформных расстройств). Это позволяет обеспечить необходимую тонизацию, повышение уровня общей психической активности ребенка. Эта работа должна быть проводиться уже на первом этапе деятельности специалистов. В дальнейшем для детей этой категории показаны все возможные варианты развивающе-коррекционной работы: арттерапия, музыкотерапия, логоритмика, программы по формированию произвольной регуляции деятельности, функций программирования и контроля, различные формы двигательных и когнитивных занятий, в том числе формирование пространственных представлений. Общепринятые методы дефектологии и программы специального коррекционного образования, несомненно, должны иметь приоритетное значение. |
| Ведущие специалисты | *Основным специалистом* по работе с ребенком несомненно является учитель-дефектолог. Чаще всего необходимым является подключение логопеда. Также необходимо наблюдение врача-невролога и детского психиатра с целью определения возможной медикаментозной терапии. В большом количестве случаев необходимой является консультация профильных специалистов (генетик, эндокринолог и др.). Коррекционная деятельность психолога с ребенком является в достаточной степени вспомогательной. При работе с родителями делается акцент на разъяснительной работе и включении матери, или лица ее заменяющего в работу по развитию ребенка. В большинстве случаев необходима психотерапевтическая поддержка семьи. | В качестве ведущего для этой категории детей необходимо признать, в первую очередь, психиатра, а лишь при значительном уменьшении поведенческой неадекватности, создании возможности управления ребенком возможно проведение коррекционных занятий учителем-дефектологом, логопедом и психологом (в частности, проведение коррекционной работы по формированию произвольной регуляции). | Лишь при создании достаточного уровня психической активности возможно полномасштабное подключение учителя-дефектолога и логопеда, эффективность работы которых только в этом случае будет максимальной. Таким образом, часто на первый план выступают такие специалисты как арттерапевты, музыкотерапевты и т.п. В этом же ряду находится и врач-невролог (психиатр), который определяет возможность и необходимость соответственной медикаментозной поддержки. |
| Прогнозы развития | При данном типе тотального недоразвития следует ожидать достаточно медленную динамику развития. При адекватно подобранных темпах и программах развития и, самое главное, адекватной образовательной программе образование и социальная адаптация будут удовлетворительными. При неблагоприятных условиях возможна девиация состояния в сторону аффективно-неустойчивого, реже - тормозимо-инертного типа, что может значительно осложнить социальную адаптацию. | Прогноз развития, в первую очередь, определяется своевременным обращением к психиатру и/или неврологу и адекватным подбором методов лечения. В целом при раннем начале коррекционной работе всеми специалистами возможно фронтальное обучение в адекватном возможностям ребенка виде образовательного учреждения (специальная коррекционная школа 8-го вида, индивидуальное обучение и т.п.). Прогноз социальной адаптации может быть даже удовлетворительным. В противном случае (учитывая низкую динамику развития, осложненную поведенческими проблемами) приходится говорить о неблагоприятном прогнозе, недостаточной для самостоятельного существования социальной адаптации. | Поскольку эти дети достаточно удобны в качестве учеников и, как правило, не привлекают к себе большого внимания на фоне детей других типов тотального недоразвития, работа с ними проводится обычно в последнюю очередь, что, безусловно, негативно сказывается на динамике их развития. При наличии органического заболевания или поражения ЦНС (в частности, эпилепсия или варианты эпилептического синдрома) прогноз дальнейшего развития ребенка в значительной степени зависит от адекватности и эффективности лечебных мероприятий. |

**Таблица № 3.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Задержанное развитие***  При выделении ***истинно задержанного развития*** смыслом должно быть явления временности и практически полной самокомпенсации. То есть ресурсные возможности детей данной категории должны быть достаточны, чтобы к 9-11-летнему возрасту по всем или большинству показателей психическое развитие должно сравняться с развитием условно-нормативных сверстников.  Мы считаем, что основным в понимании особенностей развития этой категории детей, является увеличение темпа развития ребенка, что позволяет им к 9–11-летнему возрасту ***реально*** догнать своих сверстников. В этом случае его состояние в определенной степени можно будет охарактеризовать как «условно нормативное»[[1]](#footnote-1).  Таким образом, критерием выделения этого типа развития является равномерное и незначительное (по сравнению с тотальным недоразвитием), достаточно гармоничное темповое отставание формирования всех психических функций от условно-нормативного развития. Дети же, которые не удовлетворяют критерию временности, у которых недостаточность отдельных компонентов, систем психического развития остается и после этого возраста, даже с значительной специализированной помощью, как это было показано в предыдущей лекции, должны быть отнесены к другой подгруппе – *парциальной несформированности компонентов психической деятельности*. | | |
| ***Критерии оценки*** | ***Равномерно (темпово) задержанное развитие*** *(гармонический инфантилизм)*  Ребенок с ***гармонически инфантилизмом*** по всем показателям своего развития, в том числе и интеллектуального развития демонстрирует абсолютно условное развитие, … только ребенка на 15,-2 года младше. В силу этого их адаптация в образовательных условиях затруднена, а иногда и просто невозможна. | ***Неравномерно задержанное развитие*** *(дисгармонический инфантилизм).*  характеризуется, в первую очередь, более высоким уровнем сформированности когнитивного компонента психической деятельности по сравнению с уровнем развития произвольной регуляции собственной деятельности, мотивационной и аффективно-эмоциональной сфер. | |
| Медицинские диагнозы | Специалистами обычно ставится диагноз «инфантилизм», «конституциональная задержка психического развития» а диагнозы логопеда звучат, как «функциональная дислалия», «неярко выраженное (н.в.) общее недоразвитие речи». Официальный медицинский диагноз может быть «Специфические нарушения развития учебных навыков» (F81.х). Точно так же могут быть выставлены соответствующие диагнозы, отражающие недостаточность сформированности к данному возрасту социо-эмоциональной сферы. F90.0: Нарушение активности и внимания; F91: Расстройства поведения; F93: Эмоциональные расстройства, специфичные для детского возраста; F94: Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов. Все эти диагнозы будут лишь отражать ситуацию относительного несоответствия психоэмоционального состояния ребенка социально-психологическим требованиям, предъявляемым к данному паспортному возрасту. | Диагнозы других специалистов для этого варианта задержанного развития звучат как: синдром вегетативно-висцеральных дисфункций, «аффективная неустойчивость», иногда присутствует и логопедический диагноз: «дислалия». Именно этот вариант задержанного развития может быть соотнесен с ЗПР соматогенного происхождения (по К.С.Лебединской)[[2]](#footnote-2). Официальные медицинские диагнозы, в первую очередь, будут связаны с каким-либо соматическим состоянием ребенка, в том числе с особенностями его неврологического статуса. В отдельных случаях, могут быть поставлены диагнозы: «Расстройства поведения» (F91.х); «Эмоциональные расстройства специфичные для детского возраста» (F93.х), Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов (F94.х).  Часто такие дети "букет" соматических диагнозов. В то же время самый частый "ошибочный" диагноз: "гиперкинетический синдром" или синдром повышенной возбудимости. | |
| Характеристика типа | Формирование базовых составляющих психического развития соответствует ходу нормального онтогенеза, т.е. не меняет своих пропорций, просто происходит как бы медленнее. Основы всех трех сфер оказываются гармоничными, но недостаточно сформированными в соответствии с возрастными нормативами. При этом и сами уровни развития базовых составляющих гармонично соотносятся друг с другом и, в целом, соответствуют общей программе психического развития ребенка. Именно аспект равномерности всех сфер и является смыслообразующим при выделении этого варианта отклоняющегося развития. | Поведение ребенка как и в случае гармонического инфантилизма несут на себе специфику, характерную для более младшего возраста - заражаемость, трудность отсрочки своих желаний, большая зависимость, внушаемость. При этом часто уже во внешнем виде «отражаются» имеющиеся у ребенка хронические соматические заболевания (например, состояние хронического гайморита или увеличенных аденоид дают характерную отечность лица, особый оттенок голоса), нарушения зрения (различной степени выраженности) или просто соматическая ослабленность, частые респираторные заболевания, склонность к аллергическим реакциям или астматическим проявлениям. | |
| Ранее развитие | При оценке раннего развития обычно не выявляются какие либо значимые отклонения в темпах, сроках или последовательности формирования психомоторной и речевой функций.  Следует отметить, что собственно внешние признаки инфантилизма обычно проявляются или обращают на себя внимание, как правило не ранее старшего дошкольного возраста. До этого возраста ребенка просто считают мелким, невысоким и т.п. | В целом,раннее развитиес точки зрения сроков и темпа психического развития, ничем не отличается от средненормативного. Но такие детичаще болеют. Родители отмечают, что было много, но нерезко выраженных проблем со здоровьем – то проблемы с кишечником, то простудные заболевания и т.п. Встречаются аллергические реакции. Бывает, что уже к трем годам выявляется снижение остроты зрения. Отсюда понятны и элементы гиперопеки родителей: такому ребенку уделяется много времени взрослыми, ему обычно много читают, рано начинают развивать когнитивно  Появление соматических проблем часто совпадает с этапами социализации ребенка - детский сад, затем школа. Характерна также тяжелая адаптация к детскому саду, которая может осложняться невротическими реакциями, частыми простудными заболеваниями. | |
| Обучаемость | ***Обучаемость*** в быту, в игре в целом нормативна, однако, когда дело касается овладения какими-либо учебными или «предучебными» навыками (в особенности, если дело касается 6-7-летнего ребенка) возникают вполне определенные трудности: необходимость существенно большей внешней мотивации, еще большего включение в деятельность игровых моментов, дробность и дозирование подачи материала и т.п. При соблюдении этих и подобных условий обучаемость ребенка будет вполне нормативной, но даже отсутствие какого-либо одного из условий (например, внешней мотивации) будет негативно сказываться на самом ходе обучения. | **Обучаемость**, особенно, в условиях специально организованных занятий когнитивного плана (игра в шахматы, обучение чтению и т.п.) может быть нормативной по возрасту, а в некоторых случаях даже превышать соответствующие возрастные показатели.  Как уже отмечалось, в ряде случаев когнитивные способности, познавательная деятельность в целом оказываются развитыми опережающе, даже по отношению к средненормативным показателям для данного возраста. Это и усугубляет дисгармонию развития в целом, еще более «отодвигая» на второй план формирование регуляторной и аффективно-эмоциональной сфер. | |
| Работоспособность | Операциональные характеристики деятельности могут быть самыми разнообразными, как и в норме. Утомляемость и истощаемость существенно выше при работе с учебными заданиями, чем в игре. Темп деятельности может быть самым разнообразным и зависит от таких особенностей как уровень психического тонуса, а также от соматического состояния. Регуляция деятельности *крайне неустойчива* и часто в большой степени зависит от имеющейся на настоящий момент мотивации, эмоционального комфорта и сиюминутных переживаний ребенка*.* | ***Работоспособность и темп деятельности*** значительно зависит от эмоционального состояния: он может быть и высоким, но наличие соматических проблем снижает работоспособность ребенка, делает его эмоционально лабильным, часто с элементами демонстративности. Дети могут быть капризны, упрямы. | |
| Адекватность поведения | ***Адекватность и критичность*** такого ребенка в быту, в игре, во взаимодействии с родителями в целом соответствует актуальному психофизическому развитию. Но в ситуациях нетипичных, выходящих за рамки привычных бытовых ребенок может легко потеряться» или стать неадекватным тем социальным нормативам поведения, которые общество предъявляет к ребенку данного паспортного возраста. | Ребенок может быть вполне адекватным в привычных для него условиях оценки взрослыми, но в измененных социальных условиях вполне может стать недостаточно критичным к результатам своей деятельности, могут возникнуть протестные реакции, реакции негативизма, а самооценка может стать, и завышенной, и, наоборот, заниженной. | |
| Критичность |
| Познавательная деятельность | Развитие ***познавательной деятельности*** по отношению к паспортному возрасту будет темпово задержано. Даже речь такого ребенка будет носить оттенок инфантильности, в ней часто будут присутствовать не только специфичные для более младшего возраста интонации и слова, но и построение структуры фразы будет характеризовать речь как темпово задержанную. При этом не опосредованные регуляторной зрелостью функции: – запоминание, внимание, образно-логическое мышление могут быть в целом нормативны, а их недостаточность будет следствием незрелости произвольной регуляции. | Как уже отмечалось, в ряде случаев когнитивные способности, познавательная деятельность в целом оказываются развитыми опережающе, даже по отношению к средненормативным показателям для данного возраста. Это и усугубляет дисгармонию развития в целом, еще более «отодвигая» на второй план формирование регуляторной и аффективно-эмоциональной сфер. | |
| Игра | И игра, и эмоционально-личностные особенности будут гармоничны и соответствовать показателям ребенка более младшего возраста. Единственно, эмоциональный тонус оказывается очень нестабильным. | В привычной обстановке поведение ребенок может выглядеть "взрослым". В отличие от похожих на них детей с *темпово задержанным развитием,* они любят обучающие занятия часто предпочитают их играм. | |
| Аффективно-эмоциональная сфера | И игра, и эмоционально-личностные особенности будут гармоничны и соответствовать показателям ребенка более младшего возраста. Единственно, эмоциональный тонус оказывается очень нестабильным. | Недостаточная зрелость как регуляторных, так и аффективно-эмоциональных механизмов деятельности у этой категории детей является специфичной. Часто это проявляется в импульсивности ребенка, трудностях опосредования своего поведения, недостаточной ориентации на принятые нормы и правила поведения или наоборот, излишней скованностью, неуверенностью ребенка  Ребенок может быть вполне адекватным в привычных для него условиях оценки взрослыми, но в измененных социальных условиях вполне может стать недостаточно критичным к результатам своей деятельности, могут возникнуть протестные реакции, реакции негативизма, а самооценка может стать, и завышенной, и, наоборот, заниженной. | |
| Направления коррекционно-развивающей работы | Понятно, что при таком понимании развития не приходится говорить о коррекционной работе в прямом смысле этого слова, но следует иметь в виду, что это должна быть развивающая работа, специфичная для того возраста, который демонстрирует ребенок (ритмика, танцы, изо-деятельность, участие в театрализованных представлениях, занятия физической культурой). При всех видах работ с ребенком необходим тщательный учет особенностей операциональных характеристик его деятельности и мотивации. При необходимости возможно «параллельное» подключение логопеда (как правило, для коррекции звукопроизношения). | Направления работы аналогичны с вариантом равномерно задержанного развития. Безусловно, малоцелесообразным следует считать помещение ребенка в «продвинутые» гимназии и лицеи до достижения им определенного уровня школьной зрелости. | |
| Ведущие специалисты |
| Прогноз развития | ***Прогноз развития*** следует оценивать как хороший, особенно в том случае, когда ребенок начинает регулярное обучение не в соответствии с паспортным возрастом, а по факту готовности. Если же особенности развития ребенка не учитываются, и он начинает обучение в школе «по возрасту», - фактическая невозможность не только нормального усвоения материала, но эмоциональная и поведенческая неадекватность условиям обучения могут способствовать формированию дисгармонических черт личности, нарушений поведения и школьной дизадаптации в целом (в том числе и образовательной). В дальнейшем при подобных неблагоприятных средовых условиях возможна девиация развития в сторону одного из вариантов дисгармонического развития. | При анализе прогноза детей с дисгармоническим инфантилизмом очевидна его неоднозначность.  В случае, когда родители понимают необходимость не торопиться с поступлением ребенка в школу, а ребенок сопровождается специалистами в указанном направлении и «дозревает» в «щадящей» образовательной системе – прогноз дальнейшего развития достаточно благоприятен. В ситуации, когда ребенок все таки начинает обучение по возрасту и по своим когнитивным возможностям – можно предполагать неблагоприятный прогноз, то есть, девиацию в сторону асинхронного дисгармоничного развития с формированием различных вариантов интро- или экстрапунитивных типов реагирования, а при наличии соматических проблем – варианта интропунитивного дисгармонического развития ребенка по психосоматическому типу. | |

**Таблица № 4.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Парциальное недоразвитие***  Имеет место факт мозаичной незрелости и дефицитарности ***отдельных*** сторон психического развития ребенка при сохранности или достаточной сформированности остальных функциональных систем, процессов. При этом степень такой парциальной несформированности и «широта» (количество компонентов) может в значительной степени варьироваться, в отдельных случаях «приближаясь» к тотальным, по своей сути, вариантам психического недоразвития. Таким образом, одним из главных типологических критериев рассматриваемой подгруппы является:  ***Наличие достаточно выраженной уровневой несформированности одного или нескольких компонентов (составляющих)процессов психической деятельности при достаточной в соответствии с среднепопуляционными возрастными нормативами сформированности всех остальных компонентов целостной психической деятельности.***  Дети с *парциальной несформированностью* компонентов психической деятельности «не догоняют» своих сверстников, ни к 9-11 годам (что является принципиальным для истинно задержанного развития), ни даже позднее. Помимо этого особенности развития этих детей можно охарактеризовать не столько количественными отличиями отдельных показателей от истинного задержанного развития, но ***качественно иной***структурой развития составляющих психической деятельности ребенка, в том числе «причинного» уровня - спецификой формирования пространственно-функциональной организации мозговых систем. | | | |
| ***Критерии оценки*** | ***Парциальное недоразвитие преимущественно регуляторного компонента деятельности*** | ***Парциальное недоразвитие преимущественно когнитивного компонента деятельности;*** | ***Смешанное парциальное недоразвитие.*** |
| Медицинские диагнозы | Основными медицинскими диагнозами являются: «синдром гиперактивности и дефицита внимания», «минимальная мозговая дисфункция»[[3]](#footnote-3), «гиперкинетические расстройства» - (F90) (МКБ-10), «Специфические нарушения развития моторной функции» (F82). Уже в младшем школьном, и позднее можно встретить диагноз «Расстройства поведения» (F91), «Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, возникающие обычно в детском и подростковом возрасте» (F98). | Основным является логопедический диагноз: «общее недоразвитие речи» различной степени выраженности, В школьном возрасте этим детям ставятся такие диагнозы как «дисграфия и/или дислексия на фоне некомпенсированного общего недоразвития речи». В соответствии с МКБ-10 могут быть поставлены такие диагнозы «специфические расстройства речи» - (F80), «специфические расстройства развития учебных навыков» - (F81). | Основные у детей этой категории: «задержка психоречевого развития», «ЗПР церебрально-органического генеза»; медицинские диагнозы: «неврозоподобный (астенический) синдром», «специфические расстройства учебных навыков» - (F81) (МКБ-10); «дизграфия», «дислексия» (логопедический диагноз) и т.п. Часто таким детям в дошкольном возрасте может быть ошибочно поставлен диагноз «легкая умственная отсталость» - (F70) (МКБ-10) |
| Характеристика типа | Очевидно, чтообщая структура и пропорции несформированности отдельных базовых составляющих неравномерны, что и определяет отнесение детей к этой типологической группе.  В первую очередь грубо дефицитарна именно произвольная регуляция психической активности. Недоразвитие произвольной регуляции диагностируется уже начиная с трудностей удержания простой двигательной программы (жестко заданной последовательности двигательных актов). В большом количестве случаев затруднена и регуляция силы мышечного тонуса, регуляция направления движения (точностные движения). Очевидно, что иерархически более высокие уровни произвольной регуляции деятельности: регуляция психических функций, поведения, своей эмоциональной экспрессии и межличностных отношений оказываются недостаточно сформированы, а в тяжелых случаях грубо дефицитарны. | Причиной выделения детей с ***парциальной недоразвитиею преимущественно когнитивного компонента деятельности*** является недоразвитие всей системы пространственно-временных репрезентаций (пространственных представлений) как одной из основных составляющих познавательной деятельности.  Одним из основных факторов, приводящих к этому варианту дизонтогенеза, является специфика формирования пространственно-функциональной организации мозговых систем. Феноменологически это проявляется наличием б***о***льшего, чем в среднем по популяции, количества левосторонних или смешанных латеральных предпочтений (в целом по анализу ведущей руки, ноги, глаза, уха). В общепринятом смысле значительная часть этой категории детей относятся к детям *с нарушениями речи*. Дети этой категории являются одной из наиболее представительных (по запросам родителей и педагогов) групп в образовании. Как правило, причиной обращения служат трудности овладения соответствующим программным материалом. Чаще всего эти дети уже в дошкольном возрасте обращают на себя внимание особенностями речевого развития, Именно эти дети направляются в специализированные логопедические сады (группы), где с ними проводится логопедическая работа. | У детей, относимых нами к ***парциальной несформированности смешанного типа*** предполагается недостаточность как регуляторного, так и когнитивного компонентов деятельности. Учитывая, что оба компонента являющихся основными «составляющими» познавательной деятельности понятно, что в данном случае дети демонстрируют б***о***льшую недоразвитие познавательной деятельности (другими словами интеллектуальную недостаточность) чем другие категории парциальной несформированности. Выраженная недостаточность обоих компонентов феноменологически часто выглядит как пограничный с тотальным недоразвитием вариант дизонтогенеза, что во многих случаях является причиной диагностических ошибок. Это самая сложная в дифференциально-диагностическом плане категория детей. Ведь характер несформированности обоих компонентов может в значительной степени различаться, что может служить основанием для дальнейшей дифференциации данного варианта отклоняющегося развития. У данной категории детей максимально представлены проблемы, связанные как с операциональными характеристиками деятельности – работоспособностью, темповыми характеристиками, пресыщаемостью и истощаемостью в целом (низкими нейродинамическими показателями), так и с недостаточностью регуляторного и когнитивного компонентов деятельности в целом. |
| Ранее развитие | Наиболее показательны для этих детейпризнаки неврологического неблагополучия в раннем возрасте. Чаще отмечается мышечный *гипертонус*, или *дистония* (неравномерность мышечного тонуса). Достаточно часто уже на ранних этапах развития ребенку ставится диагноз ПЭП (перинатальная энцефалопатия).  Наличие значительного количества признаков неврологического неблагополучия и изменение сроков моторного развития, чаще всего «ускорение» сроков - раннее вставание и начало ходьбы и т.п. является специфичным для данного варианта дизонтогенеза. Следует отметить, что при этом последовательность моторного развития (сел – пополз – встал – пошел) может оставаться неизмененной.  Физическое развитие в целом соответствует возрасту, но в поведении наблюдается выраженная двигательная и/или речевая расторможенность, импульсивность. Чем младше ребенок, тем больше его поведение носит характер полевого. Ребенок легко отвлекаем, не удерживает данные ему инструкции, для выполнения какой либо продуктивной деятельности нуждается не только во внешней мотивации, но и во внешнем программировании и контроле деятельности. Общая моторика - как правило неловкая, негармоничная, а мелкая моторика страдает, и в звене тонуса, и в звене направления движения (особенно на письме). Часто поведение такого ребенка выглядит как неадекватное, и ситуации, и возрасту. | При анализе истории развития отмечается изменение ***последовательности моторного развития*** (выделено авт.) – так ребенок может вначале научиться садиться, а потом – переворачиваться со спинки на животик. Наиболее часто такое изменение последовательности формирования моторных навыков касается акта ползания. При этом ребенок чаще всего просто «пропускает» стадию ползания, но иногда родители отмечают, что он вначале пошел, а лишь после этого пополз. В данном случае причины такой специфики формирования моторной последовательности будут лежать не в «плоскости» неврологических проблем, а, как уже было сказано, в специфике формирования межфункциональных мозговых взаимодействий. | Особенности раннего развития детей этой категории, как правило, схожи с обоими описанными выше вариантами парциальной несформированности и не имеет выраженной специфики по сравнению с ними. В раннем возрасте мы можем наблюдать и те и другие особенности (см. выше), часто усугубляющие одни другие.  Такие дети очень быстро истощаются и могут начать демонстрировать феномены, похожие на особенности детей с тотальным недоразвитием. Они двигательно неуклюжи, неловки, часто неаккуратны во внешнем виде (особенно в маргинальной семье). |
| Обучаемость | Показатель ***обучаемости*** в целом должен соответствовать возрасту. Очевидно, что на фоне выраженного утомления и полной невозможности организации деятельности ребенка об обучаемости вообще трудно говорить. Именно в этой ситуации возникают дифференциально-диагностические ошибки | ***Обучаемость*** новым видам деятельности может быть несколько замедлена. В особенности если дело касается заданий вербального типа. Но даже в случае работы с так называемыми, «невербальными» заданиями, (заданиями действенного, образно-логического характера) обучаемость может быть низкой, поскольку при их выполнении возникает необходимость пространственного анализа и синтеза. | ***Обучаемость*** замедлена, дети лучше используют показ, чем речевое объяснение. В случаях выраженной парциальной несформированности смешанного типа характер обучаемости оказывается значительно снижен, как и у детей с тотальным недоразвитием. Тогда только показатели адекватности и критичности позволяют разграничить эти две категории. |
| Работоспособность | Такой ребенок и пресыщаем, и истощаем. Такое снижение работоспособности еще более негативно сказывается на возможности произвольной регуляции самой деятельности, приводит к инертным ее формам. | ***Темповые показатели*** деятельности ребенка могут быть снижены в особенности при работе с вербальными заданиями. А на фоне утомления может появляться как негрубая импульсивность, так и выраженная вялость, потеря интереса к предлагаемым заданиям. | Отмечаются резко сниженная работоспособность и темп деятельности. Часто это сочетается с импульсивностью и расторможенностью. |
| Адекватность поведения | Такие показатели как ***адекватность*** и ***критичность*** оказываются сниженными в силу импульсивности ребенка и трудности целенаправленности деятельности, особенно в ситуации утомления. При правильно организованных условиях проведения диагностического обследования, правильном «расчете» сил ребенка и адекватной мотивации | В целом характер деятельности такого ребенка мало чем отличается от нормативного, хотя порой отмечается незначительная недоразвитие регуляторных функций, что чаще всего проявляется на фоне утомления. Как в ситуации обследования, так и в поведении в целом сказываются трудности собственной речевой регуляции своего поведения, что иногда может выглядеть как недостаточная *адекватность* и *критичность*, хотя при внимательном взгляде специалиста видно, что эти показатели в целом нормативны. При наличии тревожных (интропунитивных) черт у ребенка возможна даже сверхкритичность к результатам своей деятельности. | Иногда даже нормативные в начале работы ***адекватность*** и ***критичность*** на фоне истощения снижаются, вплоть до выраженной неадекватности, некритичности. То есть можно говорить о выраженной динамике изменения этих показателей в процессе диагностического обследования и в процессе любой деятельности в целом. Но, в отличие от детей *с тотальным недоразвитием*, их адекватность и критичность пусть даже явно недостаточные, но принципиально сохранны. |
| Критичность |
| Познавательная деятельность | Совершенно естественно, что в целом ***познавательная деятельность*** оказывается дефицитарной именно в звене регуляции – страдают произвольное запоминание, произвольное внимание и т.п. Часто вообще невозможно выполнение заданий, требующих собственно программирования, выстраивания алгоритма деятельности. В ситуации, когда деятельность ребенка жестко организована и контролируется взрослым, – результативность выполнения заданий может соответствовать условно нормативным показателям. | вся **познавательная деятельность** страдает «под знаком» дефицитарности речевых и яыковых структур. Отмечается сужение объема активного внимания, проблемы мнестического характера: Выраженная недоразвитие пространственных и квазипространственных представлений приводит к трудностям правильного употребления предлогов и аграмматизмам в речи в целом. Велики трудности понимания и актуализации причинно-следственных отношений, понимание сложных речевых конструкций в целом. Затруднено выполнение заданий конструктивного характера. | У таких детей страдают все компоненты ***познавательной деятельности***, причем часто в зависимости от метеорологических изменений, фаз луны и т.п. |
| Игра | В игре ребенок выражено непоследователен, легко сходится с детьми, но по пустякам также легко и расходится. В игре часто отсутствует учет ответных реакций других детей, затруднено, а зачастую невозможна антиципация эмоциональных и поведенческих реакций других детей в ответ на собственное поведение. В целом игра характеризуется как импульсивная, в игре ребенок расторможен, «заводится» сюжетом, часто не улавливает момента, когда другим детям игра уже надоела. В большинстве случае относительно долго удержать роль «в определенном ключе» ребенок вообще не в состоянии. | Спецификой **игры** являются трудности собственно речевой регуляции. Ребенок не может выразить свою точку зрения, не всегда запоминает правила. В игре чаще берет на себя пассивную роль. И в двигательных играх, на уроках физкультуры такой ребенок также нередко бывает несостоятелен, что не может не сказаться на взаимоотношениях со сверстниками. | ***Игра***часто упрощена. Дети часто предпочитают «облегченные» игры двигательного характера (догонялки, возню, «вопилки» и т.п.), В играх расторможиваются и становятся плохо управляемы. |
| Аффективно-эмоциональная сфера | Ребенок часто может быть возбужден, эмоционально лабилен. Так называемая агрессивность такого ребенка, хотя именно эти дети чаще всего презентируют агрессивные формы поведения, не есть истинная агрессивность. Подобные «псевдоагрессивные» проявления возникают именно потому, что ребенок не может произвольно регулировать себя, произвольно остановить свой аффективно-двигательный «порыв» в нужный момент, (когда вошла воспитательница или учитель).  Что касается уровневой аффективной организации, при данном типе недостаточного развития можно говорить лишь о невыраженной диспропорций системы, а не о ее дефицитарности или поломке. | Такие дети могут быть неуверены в себе, тревожны. Хотя иногда мы видим и обратную ситуацию. Контакты со сверстниками, как правило, не нарушены. На фоне утомления может проявляться эмоциональная неустойчивость. Такой ребенок редко участвует в праздниках, не любит выступать перед людьми. Однако в общении с людьми может быть активен и адекватен, хотя коммуникативная сторона речи страдает. | Для таких детей характерны как определенная неадекватность и завышенность притязаний и самооценки, черты инфантильной демонстративности, так и неуверенность в себе, боязливость, тревожность, опасения несоответствовать требованиям взрослых.  Произвольность психических функций и регуляция собственного поведения выражено незрелы, однако может наблюдаться достаточная сформированность произвольной регуляции на двигательном уровне (если нет выраженной неврологической патологии). Пространственные представления сформированы недостаточно (часто, начиная от уровня «схемы тела»). |
| Направления коррекционно-развивающей работы | ***Развивающая*** и ***коррекционная работа*** с такими детьми должна быть направлена на формирование произвольной регуляции деятельности в целом. Причем, работа должна проводиться с привлечением вначале двигательных, телесных уровней регуляции и только далее высших - основанных на ролевом подходе. Подобная работа точно также должна учитывать уровневое строение и принцип последовательности развития произвольной регуляции психической деятельности (Семаго, «2000). Элементом коррекционного воздействия может стать и структурирование образовательной среды, режима повседневной жизни и т.п. | Основным направлением развивающей или коррекционной работы должно стать формирование пространственных представлений в соответствии с пониманием не только нормативного развития этой составляющей, но и знания с какого именно «места» (уровня, подуровня) необходимо начинать коррекционную работу. В зависимости от характера и особенностей нарушений речи (устной или письменной) возможны разнообразные технологии логопедической работы. | Очевидно, что при оказании помощи эффективным оказывается сначала повышение общего уровня активности и продуктивной работоспособности ребенка, и лишь затем собственно психолого-педагогическая коррекция. Здесь чаще всего необходима помощь, и врача-невропатолога, и педиатра, гомеопата, назначение неспецифических общеукрепляющих и режимных мероприятий, разумная дозировка нагрузок и т.п. Без этих мер, только нагружая ребенка дополнительными коррекционными занятиями, эффективность коррекционной помощи будет низкая, а иногда (при чрезмерно быстром истощении ребенка) и отрицательной.  Из специальных видов психологической помощи показано как формирование произвольной регуляции деятельности, так и формирование пространственных представлений (как основы для развития когнитивной сферы). Когда речь идет о детях школьного возраста, следует говорить об интегрированном варианте коррекционной работы (специфическая работа психолога, логопедическая коррекция, при необходимости, помощь дефектолога или репетиторство) Следует отметить, что именно дети со смешанным типом парциальной несформированности часто нуждаются в организации индивидуализированных форм обучения (не путать с индивидуальным обучением на дому!). |
| Ведущие специалисты | При выраженных неврологических нарушениях ведущим специалистом может быть врач-невролог или психиатр – часто без медикаментозной коррекции эффективность работы всех других специалистов может быть «нулевой». При минимальных неврологических нарушениях ведущий специалист – психолог, знакомый с формированием регуляторных структур.  Подключение логопедической помощи (при наличии несформированности речи) на начальных этапах помощи ребенку можно считать нецелесообразным, в силу крайне низкой ее результативности вследствие выраженной регуляторной незрелости – вначале психолог (и невролог) должны создать определенную «базу» для деятельности логопеда. | Назначение ведущего специалиста зависит от возраста ребенка и выраженности речевых нарушений, но и определяется показаниями к специфической психологической коррекции. Соответственно, ведущим специалистом будет, либо логопед, либо (на первом подготовительном этапе коррекционной работы) психолог. В реальной практической деятельности часто оба эти специалиста рассматриваются в качестве ведущих. |
| Прогноз развития | ***Прогноз развития*** тем благоприятнее, чем раньше начата специфическая коррекционная работа, сопровождаемая медицинским сопровождением. В запущенных случаях или в случае, когда работа начинается после 8 - 9 лет, возможна девиация развития в сторону группы асинхронного развития. | **Прогноз развития** детей представляется благоприятным в том случае, когда правильно построен «сценарий» и стратегия работы (адекватная последовательность подключения специалистов в работу с ребенком), а сама работа начинается относительно рано, то есть, создается прочная основа для овладения соответствующими образовательными программами. Очень важным фактором является, безусловно, общий эмоциональный фон.  При неблагоприятном стечении обстоятельств возможна девиация развития по двум направлениям:  1. Нарастание проблем, связанных с недостаточностью операциональной стороны мыслительной деятельности, гностических функций вплоть до «перевеса» ребенка в сторону «парциальной несформированности смешанного типа». В тяжелых случаях отсутствия адекватной помощи, неблагоприятных социальных условий возможна дальнейшая девиация состояния в сторону социально обусловленных форм тотального недоразвития.  2. Девиация состояния в сторону различных варианты дисгармоничного развития, нарастанию неадекватных поведенческих реакций сначала компенсаторного характера, далее приводящих к патологическому формированию личности в целом. | Если все замечания об оказании помощи этой группе детей учтены, сама работа начата не позднее 7,5 – 8,5-летнего возраста, то можно предполагать достаточно благоприятный ***прогноз дальнейшего развития*** ребенка. В противном случае (позднее обращение к специалистам, неблагоприятные социальные условия) возможна девиация развития в сторону тотального недоразвития, часто осложненного личностной дисгармонией и нарушениями поведения[[4]](#footnote-4). Велика вероятность формирования на этой почве асоциальных форм поведения, вовлечение такого ребенка в различные виды зависимого поведения (алкоголизм, токсикомания, употребление психоактивных веществ). |

**Таблица № 5**.

**Виды асинхронного развития**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Асинхронное развитие** | | | |
| ***Асинхронное развитие*** получило свое название в связи с нарушением основного принципа развития (гетерохронии), когда наблюдаются сложные сочетания недоразвития, ускоренного (акселеративного) развития, искаженного развития как в формировании отдельных процессов и функций, так и целых функциональных систем. Следовательно, если признать, что гетерохрония – понимаемая как нормативная разновременность и разнодинамичность формирования психических процессов и систем (но синхронное по сути) – содержательно есть нормативная асинхрония, то непосредственно сам термин асинхрония (как и его содержательное наполнение) должно получить существование как *антоним* понятия гетерохрония, как *патологическая асинхрония*.  Точно также сформированность базовых структур психического развития приобретает черты асинхронного, причем преимущественно асинхронному развитию подвергается аффективная организация как основа аффективно-эмоциональной сферы.  Таким образом виды асинхронии определяются тем, какой или какие компоненты базовой структурной организации (ментальные структуры или аффективная организация) формируются ненормативно (соответственно проявляясь и в феноменологии). | | | |
| ***Одаренность*** | ***Дисгармоничное развитие*** | ***Искаженное развитие*** | ***Дизинтегративное развитие*** |
| В нашем типологическом подходе должно найтись место всем *«нетаким как все»* детям с точки зрения социально-психологического норматива (СПН). Все больше современных исследователей начинают рассматривать ***одаренность*** как вариант отклоняющегося развития, пусть даже и в «+» сторону. С другой стороны, одаренные дети полностью отвечают основным критериям асинхронного развития: для них характерна неравномерность развития отдельных сфер, выражено ускоренное (акселеративное) когнитивное развитие, поведенческая и/или социоэмоциональнаядизадаптация.  В этой подгруппе можно выделить детей с *парциальными вариантами одаренности* (музыкально, художественно, математически одаренные дети, другие виды парциальной одаренности) и *тотально одаренных* во всех сферах деятельности. Особняком стоят гении — «артефакт» природы — на них очень трудно распространить какие-либо модели анализа, в том числе и нашу. О таких детях часто говорят — «от Бога», поскольку убедительных причин появления одаренности наука пока еще не обнаружила.  Практически все варианты одаренности объединяет выраженная асинхрония — сверхразвитие одних сфер (в первую очередь, когнитивной) и в целом нормативное развитие других. Есть и переходные варианты, когда одаренность (парциальная или тотальная) со временем (иногда в подростковом или взрослом возрасте, а иногда ис самого начала) смешивается и даже сливается с другой группой асинхронного развития — с *искаженным развитием* и начинает приобретать черты выраженной социальной и поведенческой дизадаптации. | В ***дисгармоничном развитии*** в первую очередь следует говорить о специфике формирования аффективной организации по типу уровневой дисфункции при сохранности общей структуры и иерархии всей системы уровневой аффективной регуляции. Несомненно, будет наблюдаться и определенный сдвиг пропорций в развитии всех уровней, не приводящий в то же время к «повреждению механизмов эмоциональной регуляции». | Если при дисгармоничном развитии мы говорим о специфике формирования аффективной организации по типу дисфункции при сохранности общей ее структуры и всех уровней, то при искаженном развитии наблюдается повреждение механизмов аффективной организации, диспропорциональности и нарушения (искажения) законов формирования всех базовых составляющих. «Верхние» уровни уже не включают в себя сформированные «нижние» (которые и являются выражено дефицитарными), а функционируют изолированно. Подобная ситуация становится характерной для всех трех базовых составляющих, то есть для механизма психического развития в целом. Подобное искажение наиболее общих законов развития и дало наименование данной подгруппе асинхронного развития.  С известной долей условности можно выделить, по крайней мере, три типа искаженного развития:  ***• искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы;***  ***• искажение преимущественно когнитивной сферы;***  ***• мозаичные (смешанные) типы искаженного развития.***  В реальности каждый из описываемых типологических вариантов имеет множество различных привнесений, особенностей, которые приводят к значительным трудностям отнесения развития ребенка к тому или иному типу. Наверно поэтому в настоящее время все больше используется обобщенное для всех групп (и достаточно щадящее) наименование состояния детей как расстройства аутистического спектра. | Вариант ***дизинтегративного развития*** была выделен именно в ситуации использования нашей модели анализа.  Развитие детей этой категории характеризуется достаточно очевидной к возрасту 2-2,5 лет дизинтеграцией в развитии всех трех психических сфер. Наиболее частой встречается вариант, когда уровень развития когнитивной сферы в целом соответствует средневозрастным показателям, в то время как развитие регуляторной и, особенно, аффективно-эмоциональной сфер оказываются недостаточными не только по сравнению с возрастом, но и неравномерны в своем развитии относительно друг друга. Аффективная сфера в этой ситуации оказывается наиболее недостаточной. То есть ребенок в состоянии выполнять конструктивные и когнитивные задания, ориентированные на свой возраст (например, 4-4,5 года), а уровень зрелости регуляции у такого ребенка будет соответствовать 2,5-3 годам. Характерно, что и моторное развитие – специфика самих движений также будет соответствовать 2,5-3 годам. При этом характер эмоционального реагирования, особенности аффективных реакций и приемы, на которые эмоционально «ведется» ребенок будут аналогичными 1,5-годовалому ребенку. Так при успешном выполнении конструктивных заданий по типу досок Сегена ребенок может эмоционально «вестись» на игры типа «Ку-Ку» и «забодаю-забодаю». При этом само эмоциональное реагирование будет адекватным и соответствовать возрасту 1,5 лет. |

**Таблица № 6.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Дисгармоничное развитие (А11 – А13)***  Наиболее адекватной в терминологическом плане авторам представляется собственно психологическое (экстра– и интрапунитивные эмоциональные реакции), а не традиционно психиатрическое выделение. В данном случае имеется ввиду терминология предложенная в рамках теории фрустрации С. Розенцвейгом для выделения направленности реакций личности на окружение, внешнее препятствие (экстрапунитивная реакция) или – на себя самого, с принятием вины и собственной ответственности (интрапунитивная реакция).  При описании различных типов дисгармоничного развития следует учитывать, что до 7 – 7,5 летможно говорить лишь о тенденциях формирования по дисгармоническому типу у ребенка с темпово или дисгармонично задержанным типом развития, поэтому приведенные ниже характеристики относятся прежде всего к детям более старшего возраста. | | | |
| ***Критерии оценки*** | ***Экстрапунитивный тип дисгармоничного развития(А11)*** | ***Интрапунитивный тип дисгармоничного развития(А12)*** | ***Дисгармония, связанная с нарушением психического тонуса(А13)*** |
| Характеристика типа | При **экстрапунитивном типе дисгармоничного развития** в первую очередь обращает на себя внимание достаточно выраженная специфика поведения ребенка: от нарочитой независимости до выраженной демонстративности, порой демонстративной негативистичности. В более раннем возрасте (5-7 лет) можно говорить о начале формирования «активных» негативистических и протестных форм поведения, элементов демонстративности. Все эти проявления значительно усугубляются на фоне утомления ребенка. А с возрастом, ближе к пубертату, при неблагоприятных условиях развития и воспитания эти черты приобретают свое максимальное выражение. | ***Интропунитивный типдисгармонического развития***характеризуется противоположным типом аффективного реагирования ребенка в различных жизненных, в том числе и стрессогенных ситуациях.  При этом, помимо высокой тревожности, неуверенности в своих силах, часто встречаются навязчивости, элементы ритуального характера, инертность способов эмоционального реагирования. Все эмоциональные реакции как бы «направлены» как бы «вовнутрь». К этому типу детей относятся варианты психосоматического развития. Особенно отчетливо это проявляется в том случае, когда происходит девиация развития из неравномерно задержанного типа развития (дисгармонический инфантилизм), ребенкас соматическойослабленностью или хроническим заболеванием. | При обследовании детей этой группы в первую очередь обращал на себя внимание невысокий фон настроения и, чаще всего, сниженные показатели общей психической активности.  Дети часто нуждались в подбадривании и своеобразной «тонизации» со стороны взрослого. Именно такой вид помощи оказывался наиболее действенным для ребенка.  Сформированность регуляторной сферы этих детей (в соответствии с возрастом) оказалась достаточной. Эти дети, до наступления утомления (в связи со своей принципиальной значимостью выделено авт.) вполне справлялись как со специальными пробами на уровень регуляторной зрелости, так и удерживали алгоритм деятельности, в соответствии с возрастом. А вот возможность регуляции эмоциональной экспрессии – оказывалась чаще всего недостаточной. (Хотя следует отметить, что в возрасте до 7-8-лет дети нормативно могут демонстрировать трудности регуляции эмоций даже в экспертных ситуациях).  То есть в целом, по отношению к произвольной регуляции поведения детей, относимых ко второй группе, можно говорить о достаточном ее уровне. В тоже время уровень произвольной регуляции эмоционального состояния зачастую оказывался сформирован недостаточно, что показывает отчетливую взаимосвязь между формированием регуляции эмоций и эмоциональной экспрессии и спецификой формирования собственно аффективной регуляции поведения.  С позиций анализа аффективного статуса часто приходилось говорить о недостаточной аффективной тонизации уже начиная со 2-го уровня аффективной регуляции (то есть его гипофункции) и, как следствие, изменение пропорций в тонизации 3-го и 4-го уровней.  В этом случае, особенно при наступлении утомления, необходимая для решения поведенческих задач аффективная тонизация может компенсаторно проявиться в нарастании защитных механизмов 2-го уровня аффективной регуляции. Именно это и выражается у детей в возникновении стереотипных двигательных реакций, проявляющих себя как двигательная расторможенность, но имеющих в данном случае принципиально иной смысл!  Итак: для детей, второй группы различные проявления двигательной и речевой расторможенности отражают не присущую им «активность», а свидетельствуют о еще большем снижении психического тонуса на фоне утомления и компенсаторной потребности в активизации и «тонизации различных уровней аффективной регуляции» посредством двигательной активности – прыжков, бестолковой беготни, даже элементов стереотипных движений. Такого рода «тонизация» специфична для гипофункции второго уровня аффективной регуляции (уровня аффективных стереотипов), а появляющееся в ситуациях утомления, именно таким детям достаточно часто, особенно в раннем и дошкольном возрасте ошибочно выставляется диагноз «СДВГ».  То есть для этой категории детей двигательная расторможенность является компенсаторной реакцией на психическое истощение, наступающее у детей этой группы достаточно быстро, а двигательное возбуждение можно считать *компенсаторным* и *реактивным*. |
| Медицинские диагнозы | Наиболее ***типичными диагнозами***, выставляемыми детям и подросткам будут: «формирование личности по истерическому типу», «характерологические и патохарактерологические реакции» - для детского возраста, «психопатия возбудимого типа», «характерологические и патохарактерологические реакции» «патологическое формирование личности», «истерический невроз» - для подросткового возраста, «вызывающее оппозиционное расстройство» - (F91.3) (по МКБ-10) и т.п. | Типичными диагнозами являются: для детей – «формирование личности по тормозимому типу», «невротическое развитие личности», «расстройства привычек и влечений детского возраста»; для подростков - «невроз навязчивых состояний», «психопатия тормозимого типа», различные варианты психосоматического развития, «расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов» - (F94), «смешанные расстройства поведения и эмоций» - (F-92) «эмоциональные расстройства, специфичные для детского возраста» - (F93), «другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» - (F98) (по МКБ-10). |
| Ранее развитие | Особенности раннего развития практически полностью совпадают с аналогичными у детей с дисгармоническим инфантилизмом (неравномерно задержанный тип развития), поскольку, как уже говорилось, именно из этого типа развития чаще всего и происходит девиация в дисгармонии в предподростковом возрасте. В целом раннее развитие может мало чем отличаться от средненормативного.  Уже в раннем возрасте эти дети могут быть более демонстративны, более капризны, чем их сверстники. Привыкшие удовлетворять свои запросы и настаивать на их удовлетворении, такие дети иногда становятся тиранами семьи, что вполне естественно для формирующегося впоследствии экстрапунитивного варианта дисгармонии. | В картине ***раннего развития*** детей с интропунитивным типом дисгармонического развития можно заметить много общего с развитием детей, и с гармоническим, и с дисгармоническим инфантилизмом. Темп психического развития может мало чем отличаться от средненормативного. Такие детидостоверно чаще болеют, в том числе чаще, чем в среднем по популяции встречаются дисбактериозы, варианты аллергических проявлений. |
| Внешний вид | Уровень сформированности***произвольной регуляции*** собственной деятельности соответствует возрастным показателям, а иногда бывает даже развит выше, чем в среднем по возрасту. Но, существуют варианты недостаточной сформированности регуляторных функций, что сопровождается расторможенностью, непоследовательностью в своих демонстративных притязаниях и поведении в целом. | Приоценке***поведения***обращает на себя внимание невысокий фон настроения и часто сниженные показатели общей психической активности. Дети, как правило, робкие и неуверенные в себе, тревожные, часто мнительные. Даже внешне они нередко выделяются сутулостью, моторной и эмоциональной «зажатостью». Подростки как бы стесняются себя, «прячут» свое тело под бесформенной длинноватой одеждой. Речевая активность, как правило, невысокая, они трудно вступают в контакт, ищут взглядом поддержки, одобрения со стороны близких. |
| Латеральные предпочтения | Среди детей этого типа дисгармоничного развития чаще, чем в среднем по популяции, встречаются смешанные или преимущественно левосторонние латеральные предпочтения. Часто это является семейным признаком или, что существенно реже, встречается не у самого ребенка, но у близких родственников, порой в нескольких поколениях. | Чаще, чем в среднем по популяции, встречаются преобладание левосторонних или признаки неустоявшихся латеральных предпочтений, варианты «семейноголевшевства». И при данном варианте развития этот признак является специфичным. |
| Темп деятельности | Соответствует возрастным показателям или выше. | Зависит от эмоциональных условий. |
| Обучаемость | При экстрапунитивном типе дисгармоничного развития могутнаблюдаться самые разнообразные варианты ***обучаемости*** – от средне нормативной для данного возраста до высокой. | В целом***обучаемость*** у детей этой категории вполне достаточная, но свою негативную роль в процессе обучения играет общий сниженный фон психической активности. Этот фактор напрямую сказывается на темпе и времени, необходимым для овладения новым материалом. На контрольных работах, экзаменах, при проверке у доски, других эмоционально значимых ситуациях обучаемость может резко снизится и дети могут демонстрировать, порой, даже феномены грубых трудностей переноса материала на аналогичный.  Показатели ***когнитивного развития*** в целом соответствуют возрасту, однако у одного и того же ребенка могут значительно разниться в зависимости от ситуации, в которой предъявляются задания и стиля общения взрослого с ним. Таким образом, результативность выполнения тех или иных заданий, продуктивность когнитивной деятельности в целом может иметь значительные колебания в зависимости от эмоционального состояния и общего уровня психической активности ребенка. |
| Работоспособность | Дети, как правило, достаточно работоспособны, при хорошей мотивации работоспособность может быть даже завышенной. Но пресыщаемы однотипной деятельностью, что часто и вызывает демонстративные, агрессивные и протестные реакции. | ***Работоспособность*** часто оказывается ниже возрастных показателей за счет соматической ослабленности, недостаточности уровня психической активности в целом. Деятельность часто замедлена за счет неуверенности в себе, частых перепроверок, Хотя на фоне благоприятных эмоциональных условиях, и работоспособность, и темп деятельности могут быть высокими. |  |
| Адекватность поведения | Такие дети могут быть совершенно ***адекватными***, в привычных ситуациях, но когда есть повод «проявить себя» могут быть и демонстративно неадекватны. На фоне утомления выраженность и «яркость» аффективных вспышек может стать даже несоизмеримой с причиной их вызвавшей. | В большинстве случаев не отмечается снижение ***адекватности*** в ситуации, в которой находится ребенок. |  |
| Критичность | И***критичность***к своему поведению часто бывает несколько сниженной, что и провоцирует у ребенка «справедливый гнев», поскольку он убежден, что в его поведении нет ничего «предосудительного». В некоторых случаях критичность полностью сохранена. | Совершенно естественно, что при данном типе дисгармоничного развития можно говорить о ***сверхкритичности*** к результатам своей деятельности. Такой ребенок часто просчитывает свои действия на «много ходов» вперед. Подобнаясверхкритичность иногда может привести к полной невозможности выполнения заданий. |  |
| Познавательная деятельность | Общий уровень ***познавательного развития*** в целом бывает достаточной. Трудно выявить какие-либо четкие особенности сформированности отдельных высших психических функций, специфичные для них. Речевая активность такого ребенка скорее будет высокой, иногда даже чрезмерной но, как правило, хорошо контролируемой.  Возможны специфические трудности в овладении школьными навыками (чтение, письмо, сложные счетные операции). В этих, достаточно часто встречающихся случаях, можно говорить о сочетании неярко выраженной парциальной несформированности когнитивного компонента деятельности и экстрапунитивного типа аффективного реагирования. | Показатели ***когнитивного развития*** в целом соответствуют возрасту, однако у одного и того же ребенка могут значительно разниться в зависимости от ситуации, в которой предъявляются задания и стиля общения взрослого с ним. Таким образом, результативность выполнения тех или иных заданий, продуктивность когнитивной деятельности в целом может иметь значительные колебания в зависимости от эмоционального состояния и общего уровня психической активности ребенка.  Сформированность***пространственных представлений*** в целом соответствует возрастным показателям, а квазипространственные (лингвистические) представления могут быть развиты достаточно высоко. |  |
| Игра | В дошкольном возрасте ***игра*** будет развернутая, драматизированная с бурным фантазированием. Как правило, в игре, а в более старшем возрасте и вдругого рода взаимодействиях со сверстниками, принципиально стремятся занять ведущую позицию. | Самостоятельная игра ребенка может быть очень творческой, развернутой и полностью соответствовать и даже превышать возрастные параметры. Но, при совместной игре с другими детьми такой ребенок часто теряется, становиться неуверенным, не может настоять на своем. Иногда игры могут быть стереотипными, с жесткой фиксацией тем, с повторяющимися действиями. |  |
| Аффективно-эмоциональная сфера | У детей наблюдаются высокие притязания на успех, как правило, завышенная самооценка. Они чрезвычайно требовательны к окружающим (по типу «маленького монстра» в семье), могут сознательно демонстрировать поведенческие реакции, характерные для более младшего возраста, или, наоборот, требовать признания себя как лидера, даже не имея на то фактических оснований. Часто они бывают раздражительными, легко могут переходить от дисфории к эйфории (эмоциональная лабильность). На этом фоне, при неблагоприятных социальных условиях вероятно возникновение и асоциальных форм поведения.  Наибольшую специфику можно наблюдать при анализе ***аффективной организации*** поведения. Обращает на себя внимание гиперфункция, по крайней мере, 3-го уровня при своеобразии функционирования 4-го уровня аффективной регуляции, что выражается, с одной стороны, хорошей ориентацией в проявлениях эмоционального отношения других людей по отношению к себе, а с другой - отсутствием собственно эмоционального контроля и эмпатии по отношению к другим людям. | Именно показатели ***эмоционально-личностного развития*** являются максимально специфичными для этой категории детей. Основной тенденцией развития можно считать наличие тревожности, неуверенности в собственных силах и своей позиции, невозможность принятия решений, выбора. Отмечается низкая помехоустойчивость, в стрессогенных ситуациях многие дети не могут «функционировать» вообще. Часто выявляются различные страхи и опасения - чрезмерная мнительность, «зацикленность» на имеющихся или возможных болезнях. В подростковом возрасте (в особенности у девочек) возможны *элементы*дисморфофобических переживаний, варианты непринятия своей телесности. Наблюдается наличие навязчивостей и элементов ритуализации поведения.  Если ***произвольная регуляция*** поведения, функции программирования и контролясобственной деятельности, рефлексии достаточно высока, то регуляция межличностных взаимодействий недостаточна, что и проявляется в наличии коммуникативных проблем. |  |
| Направления коррекционно-развивающей работы | В плане ***специальной психологической*** помощи таким детям, в первую очередь, следует отметить необходимость психокоррекционной/психотерапевтической работы с целью гармонизации аффективной сферы (в данном случае можно говорить о предпочтении более директивных психотерапевтических техник, включая и такой вариант работы как символдрама по К.Лернеру), телесно-ориентированные практики, семейную психотерапию. В тяжелых случаях дисгармоничного развития этого типа необходимо привлечение врача-психиатрас целью медикаментозной поддержки. | В первую очередь следует говорить о создании у такого ребенка ощущения защищенности и поддержки со стороны взрослых. Необходимо более тщательно, чем в других случаях подходить к специализации обучения, и на уровне среднего звена школы, и при профориентации и выборе профессии.  Помимо гармонизации системы аффективной регуляции, которая может проходить в виде ставшей уже классической работы в соответствии с представлениями О.С. Никольской, адекватной следует считать кататимно-имагинативную психотерапию по К. Лернеру, а также другие виды психотерапевтической работы, направленные на создание ситуации успеха и принятия в широком смысле этого слова. Не менее важной является и психокоррекционная работа с родителями и ближайшим окружением ребенка. |  |
| Ведущие специалисты | Педагог - психолог, врач-психиатр | ***Ведущим специалистом*,** как и в предыдущем случае, следует считать психолога или психотерапевта. При выраженных нарушениях, в первую очередь нарушающих социальную адаптацию, ведущим специалистом должен стать психиатр. |  |
| Прогнозы развития | В случае адекватно подобранной коррекции, возможности адекватной «легализации» демонстративности ребенка в социально приемлемых формах и успешной работы с ближайшим окружением ребенка (в том числе и с педагогами) прогноз развития достаточно благоприятен. При этом следует учитывать, что в дальнейшем необходима тщательная профессиональная ориентация подростка с учетом его эмоционально-личностных особенностей. При неблагоприятном стечении событий и неадекватной социальной ситуации (среде) вполне возможны варианты самых разнообразных асоциальных форм поведения, вплоть до деликвентных. | ***Прогноз развития*** тем менее благоприятен, чем меньше соответствия требований, предъявляемых социальной и образовательной средой и возможностями ребенка. Даже «абсолютная» ситуация успеха и поощрения иногда не в состоянии обеспечить полностью благоприятное развитие. Тщательным образом подобранное врачом медикаментозные средства могут в определенной степени способствовать социальной адаптации. |  |

**Таблица № 7.**

**Типы искаженного развития**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Искаженное развитие*** | | | |
| ***Критерии оценки*** | ***Преимущественное искажение эмоционально-аффективной сферы (А21)*** | ***Преимущественное искажение когнитивной сферы (А22)*** | ***Смешанные (мозаичные) типы искаженного развития (А23)*** |
| Характеристика типа | В основе ***искажения преимущественно аффективно-эмоциональной сферы*** лежит «… тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса, препятствующая формированию активных и дифференцированных контактов со средой, выраженное снижение порогов аффективного дискомфорта, господство отрицательных переживаний, состояния тревоги, страха перед окружающим… стремление стереотипизировать и упрощать эти контакты» (Эмоциональные нарушения …, 1990, С.66). Следует сразу сказать, что именно этот вариант расстройств в литературе имеет название *ранний детский аутизм* (РДА).  *Таблица № 8.* | Психическое развитие детей с ***искажением преимущественно когнитивной сферы,*** несомненно, по многим проявлениям схоже с вышеописанным вариантом искаженного развития. Следует понимать, что под этим вариантом отклоняющегося развития в первую очередь понимается наличие процессуального, «текущего» заболевания, определяемого медиками как «детская шизофрения» (*Башина,* 1989). В данной ситуации мы вынуждены апеллировать к психиатрической терминологии и понятиям, поскольку в языке клинической психологии не существует на настоящий момент специальных терминов, обозначающих данное или близкие к ним состояния. Мы глубоко убеждены, что психолог, не только клинический, но и психолог образования должен знать основы детской психиатрии, но ни в коем случае не должен в своей повседневной деятельности, ни с самими детьми, ни с их родителями, ни с коллегами-педагогами употреблять психиатрической терминологии.  Именно поэтому мы попытались ввести адекватную с нашей точки зрения этим феноменам собственно психологическую терминологию.  В связи со значительным разнообразием форм, степеней выраженности и динамики течения данного варианта дизонтогенеза в настоящей работе приводится описание наиболее типичных особенностей развития детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста, с которыми с наибольшей вероятностью работают специалисты ПМПК (когда необходимо решение непосредственно образовательных, но не лечебных задач). Описание специфики тех или иных проявлений, начиная со специфики внешнего вида и заканчивая особенностями эмоционально-личностной сферы и прогноза развития, приводятся с учетом вышеизложенных ограничений (исходя из предположения, что данный вариант искаженного развития обладает минимальной динамикой (проградиентностью) нарастания дефекта). Мы отдаем себе отчет, что при таком подходе к описанию недостаточно учитывается динамика состояния, возраст ребенка и стаж его заболевания, что создает некоторую «статичность» картины состояния. Безусловно, при углубленном психологическом обследовании учет всех этих факторов и особенностей анамнеза является обязательным для эффективного анализа результатов и постановки окончательного психологического диагноза.  Трудности оценки состояния данной категории детей, порой, не только психологической, но и психиатрической квалификации заключаются в том, что в большинстве случаев для окончательной верификации состояния ребенка как *искажения преимущественно когнитивной сферы* часто бывает недостаточно однократной (пусть даже и достаточно длительной) встречи с ребенком. Чаще всего, требуется наблюдение за его поведением в различных, как учебных, так и внеучебных ситуациях на протяжении определенного времени - «диагностического срока».  Основным специфичным показателем, отличающим данный вариант искаженного развития от *искажения развития преимущественно аффективно-эмоциональной сферы* является период нормативного (во многих случаях даже опережающего) психоречевого и собственно когнитивного (познавательного) развития. Достаточно часто именно при этом варианте отклоняющегося развития существует как бы «спусковой механизм» или момент начала, от которого родителя и «отсчитывают» начало изменений в ребенке. Таким провокатором чаще всего являются какие-то внешние события (испуг ребенка, укус собаки или тяжелое инфекционное заболевание, прививка, любое другое сомато- или психотравмирующее воздействие, в том числе, помещение в детский сад или разлука с близким человеком). Именно после этого, как бы провоцирующего момента, и возникают более или менее отчетливые изменения в поведении ребенка, а в дальнейшем, и в познавательной, и в аффективно-эмоциональной сферах. В то же время, подобные изменения в ряде случаев могут начаться и постепенно, без действия каких-либо внешних факторов. С точки зрения динамики непосредственно познавательного развития, как правило, более развитый именно в интеллектуальном или речевом плане ребенок, начинает не только замедляться в своем когнитивном развитии, но постепенно начать терять, как познавательные интересы, так и имеющийся к этому моменту интеллектуальный «багаж». С возрастом постепенно или достаточно резко может начать снижаться и продуктивность интеллектуальной деятельности в целом – ребенок начинает, как говорят психиатры «регрессировать». Именно такое специфичное «искажение» нормативной динамики и характера интеллектуального развития и легло в основу выделения и «номинации» данного варианта искажения в группе асинхронного развития. | ***О мозаичных вариантах искаженного развития***можно говорить тогда, когда до определенного момента развития крайне затруднительно оценить - это вариант *преимущественного искажения эмоционально-аффективной сферы* или вариант *преимущественного искажения когнитивной сферы*. Этому варианту искаженного развития свойственны как черты первого, так и второго типа.  В периоды обострения заболевания (как правило, в осеннее-весенние периоды) возможен значительный «откат», и в общей динамике развития, и в способах взаимодействия с миром, в целом в приобретенных социальных навыках. |
| Медицинские диагнозы | В МКБ-10 это расстройство рассматривается в рамках группы «общие расстройства психологического поставлены диагнозы: «детский аутизм» - (F84.0, F84.01, F84.02), «Атипичный аутизм» (F84.1). У детей 4-й группы (*см. далее*) учитель-логопед часто констатирует «Общее недоразвитие речи». Детям, условно относимым к 3-й группе часто выставляется диагноз «синдром развития» (F84). Детям могут быть Аспергера» - (F84.5), «шизоидная психопатия». |  |
| Ранее развитие | Признаки необычности проявляются у этих детей достаточно рано. Даже, если врачи оценивают такого ребенка как здорового, с самого рождения специалисты могут увидеть его «особость», признаки искажения норм развития. Это является и одним из основных дифференциально-диагностических критериев, позволяющих разграничить разные типы искаженного развития. Для таких детей характерно изменение порогов чувствительности на внешние стимулы, в том числе на силу внешнего раздражителя (гипо-или гиперостезия). Такие дети могут быть как сверхпассивными, неотзывчивыми, так и гипервозбудимыми со склонностью к паническим реакциям даже на несильные воздействия извне. Часто пассивность ребенка производит впечатление спокойности. Характерным для речевого развития является в той или иной степени выраженность стереотипность речи, склонность к словотворчеству и неологизмам. Почти у всех детей становление речи проходит через период эхолалий, встречаются нарушения звукопроизношения, темпа, плавности и других особенностей просодической стороны речи. Нарушение коммуникативной стороны речи, как одна из основных проблем этих детей, проявляет себя в автономности, недостаточной связи с ситуацией, эгоцентричности, позднем появление личных местоимений, в особенности местоимений первого лица.  С возрастом проявляется все больше различий в особенностях как поведения в целом, так и способов взаимодействия с миром, так и защит, специфичных для детей, относимых к различным группам.  При этом, наиболее тяжелые и сложные нарушения эмоционального развития, которые возникают, например, при раннем детском аутизме и становятся очевидными часто уже к 2- 2,5-летнему возрасту ребенка, «…могут вырастать из едва уловимых, тонких признаков аффективного неблагополучия на самых ранних этапах онтогенеза. Их часто нельзя зафиксировать по каким-либо формальным критериям - так как развитие такого ребенка может вполне укладываться в границы нормы, а иногда выглядеть по ряду параметров и как опережающее. Даже очень внимательные родители не всегда могут правильно оценить своеобразные черты поведения ребенка, характер его реагирования на близких и окружение в целом. Порой значимые признаки специфичного аффективного развития вначале ошибочно воспринимаются как положительные качества малыша - крайне спокойного, «удобного», не просящегося на руки или бесстрашного» (*Баенская,* 2001). | Начало болезненных проявлений отмечается чаще в 2-4 года и фиксируется чаще всего в расстройствах сна – ребенок начинает плохо засыпать, часто, беспричинно просыпается, сон становится тревожным, возникают и трудности засыпания. Может проявиться потеря аппетита, изменение вкусовых пристрастий, появление значительной избирательности в еде. Часто отмечается резкая слабость, потеря эмоциональной живости и интереса к окружающему. Изменяется и характер речевой активности – до того разговорчивый, ребенок становится молчаливым, (в крайних случаях может быть констатирован даже мутизм), меняется интонационная окраска речи, ее неравномерность и неадекватность по высоте или темпу высказываний.  У части детей, наоборот, возникает двигательное и психоречевое возбуждение, не имеющее под собой никаких явных причин. Такое психомоторное или речевое возбуждение может совпадать с неадекватно повышенным фоном настроения, сниженной критичностью. Часто возникают необъяснимые страхи, порой генерализованные, с бурной эмоциональной реакцией на, казалось бы, самые обыкновенные события или явления – шум дождя за окном, звуки урчащей водопроводной трубы и т.п. Поведение ребенка может становиться странным до нелепости.  Начало проявлений может возникнуть и в таких кризисных возрастах как 6-7 лет и 10-13 лет. Следует иметь в виду, что, к сожалению, на начальных стадиях проявлений подобного рода состояний, редко кто из родителей обращается не только к психиатру, но даже и к психологу. Хотя обращение именно к врачу-психиатру является наиболее адекватным. Описаны случаи (*Сухарева,* 1974), когда начало заболевания скорее проявляется по типу выраженного дисгармоничного развития с патологическим фантазированием и психомоторной расторможенностью, как правило, сопровождаясь при этом, как патологией влечений, так и грубой эйфорией (или же, наоборот, дисфорией). При этом ребенок нарушает все социальные нормы и абсолютно «невыносим» в своем поведении. |  |
| Внешний вид |  | *Внешний вид, специфика поведения***.** Уже на уровне внешнего вида обращает на себя внимание дискретность, дисгармоничность движений, в грубых случаях возможно застывание в отдельных позах и их вычурность. Часто наблюдаются стереотипные движения разной степени выраженности, вплоть до сложных стереотипных поведенческих актов. Речь, как уже отмечалось, может быть в разной степени развернутой, в том числе и обильной, с использованием вычурных, штампованных оборотов, с резонерством, пустым философствованием. Голос часто недостаточно или специфично модулирован, а лицо при этом может быть как амимичным, так и выражать испуг. Ребенок может быть «зациклен» на своих интересах даже в ситуации общения со специалистом. В отдельных случаях совершенно серьезно может считать себя чем-то или кем-то иным (как правило, животным), а не самим собой. Нередко наблюдается «отчужденность» взгляда, иногда, наоборот, «горящий» взгляд, а лицо при этом может оставаться неадекватно амимичным. Некоторые дети старшего дошкольного возраста или даже младшего школьного возраста демонстрируют на приеме выраженные, неадекватные ситуации страхи, боязнь чужих, незнакомых людей. Они прячутся, стараются убежать, иногда даже могут истошно кричать и долго не могут успокоиться.  Их двигательное развитие достаточно специфично: в движениях часто нет детской пластики, движения порой чрезмерно «остры», порывисты, в них нет плавности. Эти дети плохо координированы, неуклюжи, угловаты и позже, чем другие дети, овладевают даже элементарными навыками самообслуживания. Можно отметить и свойственную таким детям избирательность в общении, в частности, предпочтение общения со взрослыми. |  |
| Латеральные предпочтения |  | *Латеральные предпочтения (специфика функциональной организации мозговых взаимодействий).*При анализе детей с данным вариантом искаженного развития многими авторами отмечается, что достоверно чаще, чем в среднем по популяции, у детей отмечаются как чисто левосторонние предпочтения (истинное левшество), так и смешанные латеральные предпочтения, что свидетельствует об определенной специфике становления функциональной асимметрии. |  |
| Темп деятельности |  | *Темповые характеристики деятельности, работоспособность***.** Операциональные характеристики деятельности значительно чаще бывают замедленными, но темп деятельности при этом может быть очень неравномерен – ребенок, например, может молниеносно выполнять задание, которое по какой-то непонятной причине стало ему интересно, причем при этом работать не пресыщаясь. В то же время, чаще для детей характерно медленное выполнение заданий, практически полное отсутствие интереса к ним, или даже отказ от выполнения. В случае же заинтересованности их крайне трудно оторвать от одного задания и переключить на что-либо другое. Помимо темпа часто снижается и продуктивность психической деятельности, при этом формально нарушений работоспособности может и не наблюдаться. В первую очередь этот параметр деятельности зависит от того, насколько ребенок «заразился» данной деятельностью. При отсутствии же интереса, как правило, работоспособность невысокая.  *Обучаемость*,как правило, достаточно высокая даже вне сферы особых интересов ребенка. В отдельных случаях (после стрессогенных событий, семейных неурядицах, после тяжелого заболевания) обучаемость, как и продуктивность мыслительной деятельности в целом может более или менее резко снижаться. |  |
| Обучаемость |  |  |
| Работоспособность |  |  |
| Адекватность поведения |  | Иногда такие дети могут демонстрировать достаточную *адекватность****,*** например, неуверенность и опасение в новой, незнакомой ситуации. Но значительно чаще они оказываются неадекватными в своем эмоциональном реагировании, в поведении, в общении со сверстниками. При тщательном анализе формальная адекватность в поведении со взрослыми также оказывается явно недостаточной для возраста ребенка. |  |
| Критичность |  | *Критичность* в целом оказывается чаще сниженной, и к результатам своей деятельности, и к поведению в целом. Почти всегда критичность снижена к своим аффективно заряженным переживаниям, «зонам» сверхценных интересов. |  |
| Познавательная деятельность |  | Как было сказано, для этого варианта искаженного развития характерно наличие периода условно-нормативного развития (обычно до возраста 1,5– 3-х лет). Хотя, строго говоря, уже в раннем развитии можно обнаружить диссоциацию между ускоренным интеллектуальным развитием и более поздним созреванием моторики. Такие дети часто демонстрируют раннее речевое развитие – первые слова появляются до года, и как правило они не типичны. Это могут быть сложные для произнесения или малочастотные слова. Фразовая речь с «не по-детски» богатым запасом слов может быть сформирована уже к 1,5 – 2-м годам.  Такие дети рано и, как правило, очень легко (фактически, самостоятельно) научаются читать, реже – считать. Они любознательны, их интересы намного «опережают» возрастные, они часто бывают поглощены чтением книг, предпочитая чтение энциклопедий и «околонаучной» литературы игре.  *Познавательная деятельность.*Из собственно специфики когнитивного развития (при достаточном «стаже» заболевания) выделяется, в первую очередь, нарушение динамики мыслительной деятельности, опора на латентные признаки объектов и ситуаций при их анализе. Последнее, может быть отчасти объяснено фрагментарностью восприятия в целом (не только зрительного, но и слухового), искажениями формирования, в том числе, и пространственных, пространственно-временных представлений. У детей младшего школьного возраста помимо этого могут наблюдаться уже и элементы разноплановости мышления, паралогизмы. Порой, возможны эхолалии. При хорошей результативности выполнения заданий конструктивного (схематизированного) плана дети затрудняются в выполнении заданий требующих выявления конкретных взаимосвязей между предметами или явлениями. Отмечается наличие сверхценных образований, преимущественно интеллектуального плана, философской интоксикации (в подростковом возрасте).  *Речь* достаточно специфична со склонностью к резонерству или «мудрствованию». Она характеризуется взрослостью, использованием сложных, иногда «вычурных» или, наоборот, штампованных оборотов, наличием собственного словообразования .  В то же время, при благоприятном течении заболевания у значительной части детей можно констатировать высокий уровень интеллектуального развития, достаточную креативность мышления, что в ряде случаев оценивается как парциальная одаренность в какой-либо сфере.  Отмечается и специфика графической деятельности: дети предпочитают рисовать схемы, карты, топографические планы. Рисунок стереотипен, эмоционально выхолощен. В рисунках минимально присутствуют изображения человека. Часто рисунок фактически отражает страхи ребенка, хотя и прямо не представленные в изображениях и темах. |  |
| Игра |  | *Игровая деятельность***.** В дошкольном возрасте дети преимущественно играют в одиночестве, оказывая выраженное предпочтение неигровым объектам, часто игры приобретают ритуальный характер. Игра в этом возрасте достаточно специфична – с предпочтением неигровых предметов (выключатели, веревочки, пульты дистанционного управления и т.п.).  Трудности в совместной игровой деятельности со сверстниками вплоть до полной невозможности игровой коммуникации могут быть объяснены не только уходом от общения, своеобразной прогрессирующей «аутизацией», но и эмоциональной выхолощенностью и уплощенностью. В самостоятельной, одиночной игре ребенок часто отражает «зоны» собственных страхов и/или сверхценных интересов, порой, в игре отражается свойственная ребенку патология влечений. Если ребенок все же каким-то образом включен в игру (пусть даже с помощью и при поддержке взрослого), то часто наблюдается невозможность выйти из заданной роли, в том случае, если она совпадает со сферой сверхценных интересов. Часто дети предпочитают в играх псевдоинтеллектуальные занятия (рисование схем, планов внутренних строений и т.п.) и эти изображения также отражают зоны интересов или переживаний, в том числе и патологических влечений. |  |
| Аффективно-эмоциональная сфера |  | *Характер деятельности (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль).* Характер деятельности нельзя оценить однозначно. Имеет смысл говорить о более или менее достаточной сформированности произвольной регуляции собственной деятельности. В то же время, часто отмечается фактическая невозможность регуляции себя на двигательном уровне. Необходимо отметить, что на всех уровнях регуляции собственной деятельности можно говорить о диссоциации между возможностью выполнения целенаправленной деятельности (которая в большинстве случаев оказывается сниженной) и деятельностью «внутри» присущего ребенку поведенческого (в том числе и речевого) стереотипа, который может представлять чрезвычайно сложно организованный ритуал, непроизвольный в истинном смысле этого слова. Более того, некоторые дети школьного возраста уже сами могут отмечать насильственность, «несвободность» (навязанность) от подобных стереотипов и ритуалов.  *Особенности эмоционально-личностного развития.*Специфичным является наличие «зон» сверхценных интересов и увлечений, от которых ребенок не в силах «отлепиться» и «внедрение» в которые часто является средством установления контакта специалиста с ребенком. Такими увлечениями, «зонами» могут стать насекомые или динозавры, микробы или сложные технические схемы. Рисунки, как уже говорилось, в этом случае будут отражать эти «сверхценности» или проецировать страхи ребенка. В аффективно-эмоциональной сфере достаточно рано начинает обращать на себя внимание эмоциональная выхолощенность, снижение яркости аффекта, вплоть до полного отсутствия аффективных реакций, даже в стрессогенной ситуации. Часто отмечается подавленность настроения, которая по своей структуре может быть близка к дисфорической. При этом ребенок может проявлять злобность и агрессивность, направленную не только на окружающих, но и на самого себя (аутоагрессия). |  |
| Направления коррекционно-развивающей работы |  | Поскольку дети с этим вариантом искаженного развития, в первую очередь, нуждаются в наблюдении и лечении у врача-психиатра (последний, в данном случае, выступает как ведущий специалист), вопросы адаптации такого ребенка в образовательную или социальную среду и особенностей коррекционной работы должны решаться по согласованию с лечащим врачом. |  |
| Ведущие специалисты |  | В этом случае также детский психиатр определяет весь «рисунок» помощи ребенку. С точки зренияпсихологической помощи характер коррекционной работы, аналогичен вышеописанным. |
| Прогнозы развития |  | *Прогноз* *развития и социальной адаптации* целиком и полностью зависит от возраста начала проявлений заболевания, характера его течения и своевременности начала лечения и определяется, в первую очередь, врачом-психиатром ПМПК или лечащим врачом ребенка. | *Прогноз*, как и в предыдущем случае, в огромной степени зависит, в первую очередь от возраста начала проявлений заболевания, характера его течения и своевременности начала лечения. Большое значение для прогноза социальной адаптации имеет не только своевременное начало лечения ребенка, но и как можно более раннее подключение адекватных состоянию ребенка коррекционных занятий, в соответствии с пониманием механизмов возникновения проблем. |

**Таблица № 8.**

***Преимущественное искажение эмоционально-аффективной сферы (А21)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| По классификации О.С.Никольской все разнообразие детей с РДА может быть условно отнесено к 4-м группам (по специфической для каждой группы сформированности всей системы аффективной организации поведения и сознания (*Никольская,* 2000). В данном пособии мы рассмотрим обобщенную характеристику детей каждой группы РДА, которые стали все чаще встречаться в деятельности ПМПК[[5]](#footnote-5).  Специалистами выделяются наиболее общие черты уже сложившегося синдрома этого расстройства. Они определяются следующим образом (здесь и далее в разделе цитаты приводятся по книге Е.Р. Баенской (*Баенская,* 2001):  « …- нарушение способности к установлению эмоционального контакта;  - стереотипность в поведении. Она проявляется как выраженное стремление сохранить постоянство условий существования и непереносимость малейших его изменений; как наличие в поведении ребенка однообразных действий - моторных (раскачиваний, прыжков, постукиваний и т.д.), речевых (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз), стереотипных манипуляций каким-либо предметом; однообразных игр; пристрастий к одним и тем же объектам; стереотипных интересов, которые отражаются в разговорах на одну и ту же тему, в одних и тех же рисунках;  - совершенно особые нарушения речевого развития (мутизм, эхолалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица, специфика интонаций), суть которых является нарушение возможности использовать речь в целях коммуникации»;   * всеми исследователями подчеркивается, что детский аутизм – это, прежде всего, нарушение психического развития, которое проявляется очень рано. | | | | |
| ***Критерии оценки*** | ***Особенности развития***  ***и поведения детей 1-ой группы*** | ***Особенности развития***  ***и поведения детей2-й группы*** | ***Особенности развития***  ***и поведения детей3-й группы*** | ***Особенности развития***  ***и поведения детей 4-ой группы*** |
| Характеристика типа |  |  |  |  |
| Медицинские диагнозы |  |  |  |  |
| Ранее развитие | *Типичные особенности раннего развития***.** Со слов родителей такой ребенок с раннего возраста поражал окружающих своим «внимательным взглядом, взрослым, осмысленным выражением лица». Он был спокоен, “удобен” «…достаточно пассивно подчинялся всем режимным требованиям, был пластичен и податлив манипуляциям мамы, покорно принимал нужную позу у нее на руках. Он рано начинал реагировать на лицо взрослого, отвечать улыбкой на его улыбку, но активно контакта не требовал, на руки сам не просился».  Как отмечает Е.Р. Баенская: «…В дальнейшем, когда ребенок попадал в районе года под влияние окружающего сенсорного поля и полностью погружался в переживание …, эта изначальная сензитивностькотдельным впечатлением терялась, и на поверхность выступало отсутствие реакции ребенка на сильный раздражитель, даже отклика на боль или холод». | *Особенности раннего развития* детей так называемой *2-ой группы* протекает куда более драматично и проблем, связанных с уходом за такими детьми, значительно больше. Они активнее, требовательнее в выражении своих желаний и неудовольствия, избирательнее в первых контактах с окружающим миром, в том числе, и с близкими. «… Такой ребенок выражено беспокоен в раннем возрасте, часто чрезвычайно мало спит, много и беспричинно плачет, очень чувствителен к внешним стимулам, в особенности звуковым. С трудом такой ребенок переживает и изменения в режиме, в том числе в режиме кормления – очень часто не принимают никакого прикорма, отказываясь есть что-либо, кроме материнского молока, иногда вовсе не принимает прикорма. К двум-трем годам требования сохранения постоянства деталей окружения (в том числе, и постоянного присутствия матери) нарастает и уже выглядит как патологический симптом нарушения развития. Обычно это дети характеризуются большой (не сказать огромной) избирательностью в еде (вплоть до того, что единственной едой ребенка может стать определенной сорт печенья, причем только одной формы и размера), использованием одних и тех же слов, одежды и т.п. Могут формироваться и достаточно сложные ритуалы, которые ребенок воспроизводит в определенных ситуациях и они могут выглядеть и достаточно приемлемо и совершенно нелепо, неадекватно» (*Баенская,* 2001).  Уже в раннем возрасте у детей с данным вариантом развития проявляются достаточно сложные и разнообразные стереотипные формы аутостимуляции. Наиболее ранние и частые из них – раскачивания, прыжки, потряхивания ручками перед глазами. Затем постепенно нарастает особое сосредоточение на ощущениях от напряжения отдельных мышц, суставов, застывание в н6еобычных позах. | Специфичным для *раннего развития* детей ***3-й группы*** является снижение порогов восприятия – возникает так называемая «сенсорная ранимость». В первые месяцы жизни наблюдается беспокойство, напряженность. Отмечается повышенный тонус. Когда ребенок начинает ходить, он порывист, экзальтирован и не видит препятствий на пути к желаемому впечатлению. Иногда возникает впечатление бесстрашия ребенка.  Такой ребенок и в речевом отношении может опережать сверстников. Так первые слова нередко появляются до года, быстро растет словарь, фраза быстро становится правильной и сложной. Речь малыша удивляет своей взрослостью. Однако уже в этот период родители отмечают, что, несмотря на «развитую» речь, поговорить с ним невозможно. При этом речь активно используется для аутостимуляции, речь остается эхолаличной и стереотипной. Уже в возрасте до трех лет ребенок может произносить длинные монологи на аффективно значимые для него темы, использование штампов и цитат. Характерно и повышенное внимание к собственно звуковой стороне слова. |  |
| Внешний вид, специфика поведения | Для детей ***1-й группы*** характерны проявления полевого поведения, ребенок отрешен, автономен, не ступает в контакт не только с чужим человеком, но с близкими, не откликается на обращение и зов, но, в тоже время, может реагировать на неречевые звуки, особенно на музыкальные, хотя и отсрочено по времени (латентно). «Случайно» столкнувшись с каким бы то ни было предметом, в том числе и заданием, может как бы не фиксируясь, выполнить его (например сложить доску Сегена, или пазл и т.п.). Предметы и игрушки не провоцируют его на специфические действия, а могут просто все сбрасываться на пол, при этом создается впечатление, что именно акт падения и привлекает ребенка, но он, как правило, не смотрит на сам процесс. При попытке взрослого вмешаться в действие, или пассивно уходит от контакта, «утекает» (как говорят специалисты), или не реагирует вовсе. У детей порой даже старшего дошкольного возраста могут вызываться смех и признаки удовольствия на простейшие тактильные ритмичные воздействия по типу раскачивания, кружения и т.п. | Внешне такие дети выглядят как наиболее страдающие – они напряжены, скованы в движениях, но при этом демонстрируют стереотипные аутостимулирующие движения, может проявляться двигательное беспокойство, в том числе стереотипные прыжки, бег по кругу, кружение, пронзительный крик и страх войти в кабинет. Речь – эхолаличная и стереотипная, со специфичной скандированностью или монотонностью, нередко «телеграфная», часто не связанная по смыслу с происходящим. Речевые стереотипии могут выглядеть, и как повторение одного и того же фрагмента, или выступать как аутостимуляция звуками («тики-тики», «диги-диги» и т.п.). |  | Для детей ***4-й группы*** чаще характерна физическая хрупкость, болезненность внешнего вида. Они выглядят скованными, их движения неловки и угловаты. Для них характерна вялость, замедленность речи, проблемы плавности речи, в чатсности, ее просодической стороны. Взгляд на лицо взрослого прерывистый, они могут отвечать полуотвернуто от взрослого («удерживая» его в периферических полях зрения), но, в то же время, в целом производят впечатление патологически робких и застенчивых. В поведении бросается в глаза отрешенность ребенка, отсутствие (или чрезвычайная кратковременность) контакта «глаза в глаза», невозможность установить эмоциональный контакт с окружающими, чрезмерная зависимость, привязанность к матери. В тревожащих ребенка ситуациях наблюдаются двигательные стереотипии (преимущественно руками) или речевые стереотипии, всегда усиливающиеся в сложных, незнакомых ситуациях. |
| Латеральные предпочтения | При описываемом варианте РАСтакже как и в предыдущей группедостоверно чаще, чем в среднем по популяции, отмечаются как смешанные или *левосторонние латеральные предпочтения.* | | *Латеральные предпочтения (специфика функциональной организации мозговых взаимодействий).*В обеих представляемых группахдостоверно чаще, чем в среднем по популяции, отмечаются как чисто левосторонние предпочтения, так и смешанные латеральные предпочтения, что свидетельствует о значительной специфике формирования межполушарных взаимодействий и специфики становления функциональной асимметрии. |  |
| Темп деятельности, характер деятельности | *Темповые характеристики деятельности, работоспособность или критичность ребенка* оценить, как правило, не удается,  в силу невозможности установления какого либо продуктивного контакта с ним**.**  *Характер деятельности* ее целенаправленность также трудно оценить однозначно. Произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль чаще всего вообще невозможно проверить какими-либо диагностическими методами или приемами. Создается впечатление абсолютной непроизвольности поведения, зависимости от поля внешних предметов и стимулов в целом. | *Темповые характеристики деятельности, работоспособность или критичность* оценить у детей достаточно трудно, так как малейшее напряжение вызывает усиление стереотипий, эхолалий и других способов аутистической защиты. Контакт с ребенком часто носит абсолютно формальный характер, скорее «по поводу» предмета, а не с человеком.  *Характер деятельности –* произвольность регуляции собственных действий и целенаправленность, самоконтроль также чаще всего трудно проверить диагностическими методами и приемами. Но ребенок захвачен уже не впечатлениями идущими от поля внешних стимулов, но собственными стереотипными способами аутистической защиты. При этом вмешаться в деятельность ребенка возможно лишь подключившись к его стереотипиям. В этом случае ребенку обычно удается удержать простые алгоритмы деятельности, заданные взрослым. | Темп и продуктивность деятельности работоспособность чаще всего не соответствуют возрасту. | Эти детизамедлены в своей деятельности, застревающие в ней, быстро утомляемые, отвечают с большой отсроченностью (латенцией), нередко невпопад. Часто их замедленность обусловлена неуверенностью, ожиданием поддержки со стороны близких. Для них характерна общая вялость, которая, порой, сменяется перевозбуждением. Работают, как правило, тщательно, как бы боясь что-либо сделать неправильно. Поощрение зачастую вызывает убыстрение деятельности. Темп деятельности пропорционален зависимости от взрослого, боязни ошибиться. Работоспособность может быть снижена. Даже речь таких детей замедленна и тиха. *Характер деятельности (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль).*Характер деятельности детей ***4-й группы***нельзя оценить однозначно. Если говорить о возможности следования инструкции или выполнения последовательности определенных мыслительных операций, то имеет смысл говорить о более или менее достаточной сформированности регуляции собственной деятельности. В то же время, отмечается фактическая невозможность регуляции себя на двигательном уровне, тем более невозможность собственно аффективной регуляции. Это и свидетельствует именно об искажении в самой системе формирования произвольной регуляции деятельности как базового компонента деятельности вообще. |
| Работоспособность |
| Критичность | *Критичность* детей ***3-й группы*** также снижена. Их вообще мало интересует собственно результативность какой-либо деятельности, в особенности в тех случаях, когда они оказываются «заряженными» самим процессом выполнения задания. Ошибок своих они не замечают (хотя следует отметить, что в целом эти дети оказываются достаточно успешны в выполнении большого ряда собственно интеллектуальных заданий) и могут «убежденно» отстаивать (но без критики) свое решение. Наименее критичны дети к своим стереотипным агрессивным переживаниям, изощренным рассуждениям о своей мести кому-либо и т.п. | Им свойственна чрезмерная *критичность,* особенно по отношению к результатам собственной деятельности, хотя, порой, как и дети с тотальным недоразвитием, они скорее будут ориентироваться на оценку взрослого, чем на собственно результат своей деятельности. Отчасти можно сказать, что эти дети критичны и по отношению к оценке своих взаимодействий с окружающими, но понять причины своей несостоятельности, в частности в игре или в общении со сверстниками, они не могут. То есть они не могут критично отнестись к себе как к субъекту общения, в том числе и за счет невозможности считывания эмоционального контекста ситуации. |
| Обучаемость | Оценить *обучаемость* ребенка также достаточно трудно вследствие уже фиксированных ранее трудностей оценки продуктивности деятельности, но со слов родителей ребенок «как бы непроизвольно схватывает на лету» те или иные навыки и иногда может их повторить. Но произвольно «вызвать» повторение – практически не удается. | Оценить *обучаемость* ребенка также достаточно трудно, вследствие трудностей организации продуктивной деятельности. Часто (со слов родителей) ребенок обучается бытовым и социальным навыкам, но жестко привязывает их к конкретной ситуации и они не переносятся в какие-либо другие ситуации. | *Обучаемость.* Дети ***3-й группы*** могут легко обучаться сложным вещам (например, сложным видам вычислений или чтению сложных по своей структуре текстов), но, в то же время, с трудом обучаться элементарным навыкам (как-то: графическим навыкам, навыкам самообслуживания, включая даже завязывание шнурков и т.п.). И у этих детей наблюдаются выраженные трудности обучения, связанные с пониманием условностей, скрытого смысла рассказов, подтекстов и метафоризации в подаче материала. | *Обучаемость* детей ***4-й группы*** может быть достаточной в том случае, когда педагог понимает особенности ребенка и знает о трудностях восприятия им фронтальной инструкции (то есть подходит индивидуально в рамках обучения в классе, в небольшой группе). Часто обучаемость бывает несколько замедлена не только в силу стереотипности, инертности деятельности, но и за счет специфики речевого развития и понимания условностей, невозможности понять метафоризации в подаче материала, свойственной нашей культуре. |
| Адекватность поведения | Ребенок явно *неадекватен* в поведении и не может быть вписан в какие-либо «шаблоны» адекватности. | Ребенок *неадекватен* | Оценка *адекватности* детей условно относимых к ***3-й группе*** представляется как в целом недостаточная. Они демонстрируют неадекватность (различной степени выраженности) даже в процессе доброжелательного взаимодействия. Их развернутая речь и соответствующая ей деятельность не ориентированы на реакцию собеседника, оторваны от ситуации взаимодействия, от ее темы и контекста. | В целом эти детидемонстрируют относительную адекватность по отношению к предлагаемым заданиям, хотя часто излишне тревожны, легко тормозимы, требуют поддержки (часто очень объемной) со стороны близких. На фоне волнения и неуверенности часто возникают двигательные (реже речевые) стереотипии. В то же время, собственно в общении, оценке ситуаций, в особенности юмористического или переносного ее подтекста, оценке эмоционального состояния окружающих и т.п. они оказываются *выражено неадекватными*. В силу этого они проявляют свою неадекватность практически в любой ситуации взаимодействия, и с детьми, и совзрослыми. |
| Познавательная деятельность | *Познавательная деятельность.*Выявить уровень развития отдельных психических процессов и функций, как правило, чрезвычайно трудно, но часто ребенок демонстрирует блестящую механическую и сенсомоторную память, иногда внезапно (как бы непроизвольно) может прочитать название или вывеску, начать перечислять предметы и т.п. В целом можно говорить о грубейшей неравномерности в развитии психических процессов, отягощенных искажением не только аффективного развития, но и грубом искажении сферы произвольной регуляции – так ребенок, который «не может» повторить простой узор берет каким-то своеобразным, вычурным захватом карандаш и рисует транзисторный приемник в трехмерной проекции. | *Познавательная деятельность.*У такого ребенка отмечается значительная неравномерность и специфика в развитии психических процессов. Восприятие как правило фрагментарно, избирательно, речь эхолалична, часто не привязана к контексту и стереотипно-скандированна или монотонна, нередко «отраженная», часто не связанная по смыслу с происходящим. Задания конструктивного плана выполняет механистично, часто, даже после пяти лет, действуя методом проб и ошибок. Механистичность и буквальность проявляются и в мышлении. При этом ребенок может и предпочитает самостоятельно классифицировать предметы по различным признакам. | У детей ***3-й группы*** также отмечается своеобразие *познавательной сферы*. Это очень «вербальные» дети, их речь изобилует книжными цитатами, сложными малочастотными словами. Развитие мыслительной деятельности наиболее искажено. Ребенок может понять закономерности и причины того или иного и, в то же время, не соотносить все это с действительностью. Эти дети часто проявляют большую ограниченность, выхолощенность в понимании происходящего. Часто они не чувствуют подтекста ситуации, проявляют большую социальную наивность. Сфера пространственных, пространственно-временных представлений сформирована неравномерно, чаще недостаточен уровень телесных интеграций. В то же время, результативность выполнения невербальных (перцептивно-логических) заданий может быть достаточно высокой. Могут наблюдаться и легкие проявления искажения мыслительной деятельности. Чаще всего отмечается хорошая слухоречевая память. | Основным в квалификации *познавательной деятельности* детей *4-й группы* является то, что часто возникает ощущение, непонимания этими детьми инструкции и потребности (иногда неоднократным) ее повторения. При этом невербальные (перцептивно-действенные и перцептивно-логические) задания могут выполняться достаточно хорошо. Это часто и является причиной диагностической ошибки и квалификации состояния ребенка как традиционной ЗПР (или ОНР). Специфично и восприятие такого ребенка: часто отмечаются трудности целостного восприятия, фрагментарность зрительного восприятия. Налицо проблемы речевого развития: речь бедна, аграмматична, часто имеются нарушения звукопроизносительной стороны речи. Наблюдаются и трудности работы с вербально организованным материалом, а также трудности интерполяции и предвосхищения, дословное понимание метафор, образных выражений, недоступность понимания скрытого смысла и подтекстов тех или иных рассказов, пословиц, поговорок. За счет сниженных операциональных характеристик деятельности и общей вялости ребенка возможны и иные негативные проявления при исследовании познавательной деятлеьности такого ребенка. Представления о потенциальных возможностях детей обычно связаны с невербальной сферой (музыкой, изодеятельностью, конструированием). |
| Игра | *Игровая деятельность*такого ребенка скорее похожа на перебирание предметов: длительное без пресыщения выстраивание гармоничных узоров из мозаики, аналогичные действия с неигровыми предметами, пересыпание, игры с бликами света. | *Игровая деятельность* чаще всего представляет долгое «зависание» на отдельных манипуляциях. Для такого ребенка типично выстраивание предметов рядами, стереотипные действия с предметами, возможно и достаточно сложные. Фактически невозможно игровая символизация. | *Игра* у детей ***3-й группы*** вообще представлена недостаточно. Нередко встречается одержимость «игровым занятием», которую очень трудно прервать. При этом (особенно, в раннем возрасте) отдается предпочтение неигровым предметам. Крайне затруднено игровое замещение предметов. Иногда возможны длительные игровые перевоплощения (в основном, в животных). Часто подобные перевоплощения носят навязчивый и некритичный характер. | *Игра* детей часто носит стереотипный, монотонный характер. Для ребенка дошкольного возраста фактически невозможна игра со сверстниками, но есть «игра рядом», а не вместе. В то же время, нельзя говорить и об отсутствии потребности в совместной игре. Дети в игре робки, часто очень формально следуют правилам, чем и раздражают сверстников, а это, в свою очередь, усиливает неуверенность в коммуникациях и увеличивает уязвимость ребенка. В игре с трудом учитывается обратная связь (как эмоциональная, так и сюжетная). |
| Аффективно-эмоциональная сфера | *Особенности эмоционального развития.* Совершенно очевидно, что именно искажение и «поломка» в развитии уровневой структуры аффективной организации на самых глубоких уровнях (*Никольская,* 2000) и является специфичным для данной категории детей. Эмоциональное реагирование такого ребенка отчасти может быть описано как схожее со способами реагирования, характерными для существенно более раннего возраста. Так ребенок 4-5-ти лет может «вестись» на приемы специфичные для выстраивания контакта с детьми совсем раннего возраста (игры в «ку-ку», тормошение, раскачивание и т.п.). | *Особенности эмоционального развития.*Искажение в развитии всей уровневой структуры аффективной организации является специфичным и для данной категории детей. Но здесь контакт с миром уже есть, как и оценка «знака» этих контактов. Отмечается большая чувствительность и ранимость в контактах, непереносимость глазного контакта, хотя ребенок «по-раннему» выражает свои переживания, часто переходит на крик, реже на аутоагрессию. Недоступно считывание контекста ситуации,но ребенок как бы чувствует «эмоциональный знак»ситуации. | *Особенности эмоционального развития.*Именно эта сфера оказывается максимально «затронутой» при данном варианте искаженного развития. На первый план у детей*,* относимыхкак к ***3-ей группе,*** так ик ***4-ой группе*** выступает невозможность организовать полноценную и адекватную коммуникацию с окружающими (порой, одинаково трудно организовать общение, и с детьми, и со взрослыми). Эмоциональная сфера отличается выраженной спецификой: буквальное понимание образных выражений, принятие всего на веру, определенная наивность, доходящая до гротескной, непонимание юмора и шуток, метафоричности высказываний и выражений. Значительные трудности ребенок испытывает при необходимости «считывания», понимания эмоций и чувств окружающих его людей. При этом ребенок часто ориентируется на оценку фрагментарных характеристик общения или настроения – так, громкий голос может для него означать, что человек сердится, вне зависимости от эмоциональной окрашенности сообщения, сказанного этим громким голосом и т.п. | Естественно, что отмечаются специфичные *особенности эмоционального развития* детей ***4-ой группы*** – повышенная ранимость, тревожность, неуверенность в себе, тормозимость, которая как бы «прикрывается» внешней отрешенностью. Специфично и наличие страхов, в том числе конкретных. Часто присутствует страх громкого голоса, внезапного, пусть даже и негромкого звука. Почти всегда наблюдается сверхзависимость от матери, реже от какого-либо другого близко связанного с ним человека. Дети очень привязываются к специалистам, которые с ними занимаются, глубоко переживают прекращение занятий, страдают от этой разлуки, реже – проявляют свою обиду – обходят стороной или делают вид, что не заметили, но делают это неловко и (с эмоциональной точки зрения) наивно. Их можно охарактеризовать, как эмоционально «астеничных», утомляемых даже желанным взаимодействием. Основным радикалом этого варианта отклоняющегося развития следует считать огромные трудности организации продуктивного взаимодействия при одновременном наличии выраженной потребности в общении. |
| Направления коррекционно-развивающей работы |  |  |  | Наиболее адекватной *развивающей и коррекционной работой* психолога при данном варианте отклоняющегося развития следует считать уровневый подход к коррекции эмоциональных нарушений, детально разработанный школой К.С. Лебединской – О.С. Никольской, тем более что именно модель раннего детского аутизма лежит в основе этой работы. Также возможна работа, основанная на бихевиоральном подходе, поведенческая терапия. Кроме того не исключены такие «экзотические» формы терапевтического вмешательства как иппотерапия, общение с дельфинами и т.п. Необходимо только помнить, что любые дополнительные виды поддержки такого ребенка не являются самодостаточными и могут лишь разумно дополнять основное направление коррекционной работы.  Необходимо подключение медикаментозной терапии, которую может назначить и проводить исключительно врач-психиатр. Важно, чтобы все специалисты одинаково понимали сущность проблем такого ребенка, что позволит им эффективно взаимодействовать между собой. |
| Ведущие специалисты | Врач-психиатр | Важным аспектом является сопровождение ребенка психиатром. | | |
| Прогнозы развитияи адаптации | *Прогноз дальнейшего развитияи адаптации* таких детей представляется нам чрезвычайно сложным. Он будет зависеть от своевременности начатой психолого-педагогической и медицинской помощи. Большую роль играет возможность подключения эффективных медикаментозных (лечение врача психиатра) и своевременность начатых коррекционных мероприятий. При этих условиях ребенок начинает проявлять большую дифференцированность и избирательность в отношениях, приобретать стереотипные способы деятельности.  При анализе условий необходимых для адаптации ребенка 1-ой группы в образовательном учреждении необходимо учитывать, что такой ребенок как бы адаптируется в любой новой ситуации, но все же лучше себя чувствует в привычной, предсказуемой обстановке. | *Прогноз дальнейшего развитияи адаптации* будет зависеть как от своевременности начатой психолого-педагогической, так и медицинской, в том числе, медикаментозной помощи и включенности семьи в коррекционную работу. При этих условиях ребенок начинает не только расширять зоны своих стереотипов, но возможно и формирование различных новых бытовых и учебных стереотипов, что позволяет подготовить ребенка к включению в мини-групповую деятельность. При анализеусловий необходимых для адаптации ребенка 2-ой группыв образовательном учреждении необходимо учитывать, что такой ребенок трудно адаптируется в любой новой ситуации и при любых изменениях старой ситуации, легче себя чувствует в привычной, предсказуемой обстановке. | *Прогноз дальнейшего развитияи адаптации* детей ***3-й и 4-й групп*** будет зависеть от огромного числа не столько объективных факторов, сколько собственных ресурсных возможностей ребенка. Большую роль играет подбор эффективной медикаментозной терапии и своевременность начатого врачом психиатром лечения. При благоприятных обстоятельствах и оптимально созданных условиях дети могут достаточно успешно закончить среднюю общеобразовательную школу.  При анализе *условий* необходимых для *адаптации* детей этих групп в образовательном учреждении необходимо учитывать, что такой ребенок трудно адаптируется в любой новой ситуации, и при ее изменении, легче себя чувствует в привычной, предсказуемой обстановке, поэтому лучше ведет себя на уроке, чем на перемене. Такие дети имеют трудности восприятия фронтальных инструкций и заданий, но даже в случае индивидуализации задания часто не демонстрирует то, что мы понимаем, как внимание. При ответах наблюдается латентность, иногда, наоборот, – мгновенность, по сравнению с другими детьми. Ребенок имеет очень неровный темп и продуктивность деятельности в целом. В то числе и поэтому нуждается в индивидуализации учебного плана*.* | |

**Таблица № 9.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Критерии оценки*** | ***Дизинтегративное развитие*** |
| Характеристика типа | Вариант ***дизинтегративного развития*** был выделен именно в ситуации использования нашей модели анализа.  Развитие детей этой категории характеризуется достаточно очевидной к возрасту 2-2,5 лет дизинтеграцией в развитии всех трех психических сфер. Наиболее частой встречается вариант, когда уровень развития когнитивной сферы в целом соответствует средневозрастным показателям, в то время как развитие регуляторной и, особенно, аффективно-эмоциональной сфер оказываются недостаточными не только по сравнению с возрастом, но и неравномерны в своем развитии относительно друг друга. Аффективная сфера в этой ситуации оказывается наиболее недостаточной. То есть ребенок в состоянии выполнять конструктивные и когнитивные задания, ориентированные на свой возраст (например, 4-4,5 года), а уровень зрелости регуляции у такого ребенка будет соответствовать 2,5-3 годам. Характерно, что и моторное развитие – специфика самих движений также будет соответствовать 2,5-3 годам. При этом характер эмоционального реагирования, особенности аффективных реакций и приемы, на которые эмоционально «ведется» ребенок будут аналогичными 1,5-годовалому ребенку. Так при успешном выполнении конструктивных заданий по типу досок Сегена ребенок может эмоционально «вестись» на игры типа «Ку-Ку» и «забодаю-забодаю». При этом само эмоциональное реагирование будет адекватным и соответствовать возрасту 1,5 лет. |
| Медицинские диагнозы |  |
| Ранее развитие | Особенности раннего развития не имеют специфики, но часто, как и в случае грубых вариантов подобной асинхронии развития, неврологом могут отмечаться признаки повышенной нервной возбудимости. При этом акселеративного развития психических функций не наблюдается, а уровень когнитивного развития в раннем возрасте, несмотря на свое опережение по отношению к другим сферам обычно соответствует возрастным показателям.  В дальнейшем развитии такого ребенка типичным будет то, что не возникает каких-либо защитных форм реагирования, в том числе стереотипий, эхолалий, в то время, как при искажении преимущественно аффективно-эмоциональной сферы они наблюдаются. Это также отличает эту категорию детей от других вариантов искаженного развития. Специфичны и проблемы коммуникации. В целом они взаимодействуют с окружающими, но как дети более существенно более младшего возраста. |
| Внешний вид |  |
| Латеральные предпочтения |  |
| Темп деятельности |  |
| Обучаемость |  |
| Работоспособность |  |
| Адекватность поведения | В целом такой ребенок будет выглядеть неадекватно, и лишь при подборе специальных приемов привлечения внимания и взаимодействия (характерных для 1,5-летнего ребенка), он будет вступать в контакт и начнет взаимодействовать. |
| Критичность |  |
| Познавательная деятельность | Уровень развития познавательной деятельности соответствует паспортному возрасту. |
| Игра | Игровая деятельность чаще всего проста и также соответствует более раннему возрасту. Могут возникать стереотипные игры, что для 2-2,5летнего возраста вполне допустимо, но для ребенка более старшего возраста (в данном случае мы анализируем возраст 4-4,5 лет) в норме встречается чрезвычайно редко. |
| Аффективно-эмоциональная сфера | Таким образом, уровень регуляции таких детей явно незрел, но, как правило, в меньшей степени, чем уровень развития аффективно-эмоциональной сферы, в то время как уровень развития познавательной деятельности соответствует паспортному возрасту. Базовая структурная организация, как основа психического развития соответствует в своих компонентах подобной асинхронии сформированности.  Создается впечатление, что каждый их компонентов, в целом развиваясь в соответствии с онтогенетическими закономерностями, не связан в формировании своих структур с двумя остальными: каждый из них нормативен и ….. независим. То есть различия наблюдаются именно в темповых показателях формирования каждого из компонентов базовой структурной организации. Отсюда и возникает подобная дизинтеграция, и базовой структурной организации, и их проявления в феноменологии. |
| Направления коррекционно-развивающей работы | Можно говорить, что для этих детей существует специфический вид коррекционно-развивающей работы, что и выделяет их среди других категорий отклоняющегося развития по критерию коррекционной работы.  Подобная специфическая коррекционная работа заключается в разработке таких условий (жизнедеятельности, взаимодействия и т.п.), при которых любые требования к ребенку и задачи для него всегда соотносятся с уровнем его аффективного развития, но не когнитивного. «Отсчет» в коррекционной работе идет от особенностей взаимодействия ребенка с применением тех приемов, в том числе и мотивационных, которые адекватны для эмоционального возраста, демонстрируемого им. При этом желательно на определенный период (от 3 до 9 месяцев) не интенсифицировать дальнейшее когнитивное развитие, но провоцировать развитие познавательного интереса к свойствам предметов, их сенсорных качествам, то есть развивать в первую очередь, чувственную ткань познания в соотнесении с речью. Важна не только эмоциональная насыщенность, но и некоторая эмоциональная утрированность в стиле взаимодействия со взрослым, как это происходит в норме при взаимодействии с детьми раннего возраста. Также необходимы занятия по развитию моторной сферы, в том числе координации, устойчивости иных областей моторного развития (бега, держания равновесия и т.п.).  Таким образом, весь смысл коррекционной работы сводится к «стягиванию» развития психических сфер к одному возрастному уровню – выравниванию, синхронизации в развитии сфер. Предполагается, что «придя» к более-менее равновесному состоянию все сферы каким-то образом «сцепятся», что позволит им в дальнейшем развиваться значительно более взаимосвязано друг с другом, как это и должно происходить при условно-нормативном развитии. |
| Ведущие специалисты |  |
| Прогнозы развития | В плане прогноза есть предположение, что дети при этом варианте искаженного развития в случае невозможности привести все сферы к «связанному» состоянию, отсутствии какой-либо специфической работы в дальнейшем могут иметь существенный риск девиации в сторону искаженного развития преимущественно когнитивной сферы, поэтому этот вид асинхронии развития с определенными допущениями можно рассматривать как оригинальный вариант искаженного. |

**Таблица № 10.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Повреждённое развитие** | | |
| ***Локально поврежденное развитие*** | ***Диффузно поврежденное развитие*** | ***Психическая травма*** |
| При л*окально поврежденном развитии*(сюда следует отнести, в первую очередь, разнообразные опухоли[[6]](#footnote-6), локальные, ограниченные кровоизлияния, очаги эпилептической активности, кисты и т.п.) объем так называемых «общемозговых проявлений» как правило будет меньшим и, вследствие этого, общий прогноз развития ребенка будет более благоприятным (при адекватном лечении и мероприятиях восстановительного периода). | Для ***диффузно поврежденного***типа развития являются, в первую очередь, изменения операционально-технических характеристик психической деятельности разной степени выраженности. Выраженность этих проявлений также находятся в прямой зависимости от ранее перечисленных факторов. | С точки зрения методологии гештальтподхода – это ситуация «нарушения границ». Причем такого нарушения, которое не было скомпенсировано после прекращения действия внешнего стимула.  Наиболее понятны и чаще всего рассматриваются в медицинской практике ситуации внешнего воздействия на человека, в которой была затронута витальность. Примером таких ситуаций может быть пожар, стихийное бедствие, автомобильная катастрофа, террористический акт и, естественно акты насилия, направленные на ребенка. |

**Таблица № 11.**

**Виды повреждённого развития**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| ***Критерии оценки*** | ***Локально повреждённое развитие*** |
| Характеристика типа | Характерной особенностью для этого вида отклоняющегося развития следует считать «мозаичность» феноменологической картины познавательной деятельности. Тем не менее, наиболее часто оказывается недостаточной (в соотнесении с условно-нормативным развитием) мнестическая деятельность и операциональные характеристики деятельности. Хотя, следует отметить, в некоторых случаях даже при достаточно обширных и тяжелых локальных поражениях не наблюдается выраженных нарушений мнестической деятельности.  . |
| Обучаемость | Специфика развития когнитивной сферы, в первую очередь будет определяться временем повреждения (возрастом ребенка, в котором оно произошло), его локализацией, компенсаторными возможностями ребенка в целом. |
| Эмоционально-личностное развитие | В эмоционально-личностном плане может наблюдаться самый широкий спектр проявлений от вариантов условно-нормативного развития до брутальных форм личностных изменений. Следует отметить, что особенно в подростковом возрасте любое повреждающее воздействие следует рассматривать еще и как психическую травму – неверие подростка в возможность полного выздоровления, даже когда это «гарантируется» врачами, наплевательское отношение к своему здоровью, когда необходимо хоть немного соблюдать охранительный режим, «уход» в рисковое поведение по типу: «все равно будет хреново» и т.п. |
| Направления коррекционно-развивающей работы | Говоря о последовательности каких либо психологических развивающе-коррекционных мероприятиях следует хорошо понимать, что они чаще всего могут быть начаты только в случае снятия остроты состояния и при обязательном согласовании с врачом-неврологом. Показана симптоматическая развивающая и коррекционная работа, формирование произвольной регуляции деятельности с опорой на актуальный уровень ее развития. При инвалидизирующих поврежденных вариантах развития психотерапевтической работе должно быть уделено преимущественное значение. Особое место в работе психолога должна занимать психокоррекционная работа, направленная на адекватизацию представлений о собственном состоянии и работа с хронической психической травмой. |
| Ведущие специалисты | Невролог, при необходимости учитель=дефектолог, учитель-логопед, психотерапевт, психолог, врач узкого профиля, лечебные общеукрепляющие мероприятия. При инвалидизирующих поврежденных вариантах развития психотерапевтической работе должно быть уделено преимущественное значение. Особое место в работе психолога должна занимать психокоррекционная работа, направленная на адекватизацию представлений о собственном состоянии и работа с хронической психической травмой. |
| Прогнозы развития | Общий прогноз развития ребенка будет благоприятным (при адекватном лечении и мероприятиях восстановительного периода) |

**Таблица № 12.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Критерии оценки*** | ***Диффузно повреждённое развитие*** |
| Характеристика типа | К *диффузно поврежденному развитию* часто приводят следующие заболевания: тяжелые, прогрессирующие формы гидроцефалий, перенесенные менингит, энцефалит, другие мозговые инфекции, тяжелые травмы мозга – сотрясения или ушиб мозга, выраженный эписиндром, возникший после 3-3,5 лет, обширные кровоизлияния, состояния после нейрохирургических вмешательств и т.п. Наиболее типичными среди феноменологических проявлений, характерными для ***диффузно поврежденного***типа развития являются, в первую очередь, изменения операционально-технических характеристик психической деятельности разной степени выраженности. Выраженность этих проявлений также находятся в прямой зависимости от ранее перечисленных факторов.  Эти особенности проявляются в грубых колебаниях работоспособности, общем ее снижении вплоть до невозможности организации продуктивной деятельности, резким снижением темпа психической деятельности, его неравномерности, как и неравномерности (колебаниями) психического тонуса. Как правило, регуляторные функции оказываются выражено поврежденными, или значительно несформированными, что проявляется не только в трудностях регуляции собственной психической активности, как на познавательном, так и на аффективном уровне, но и собственно трудностями программирования и контроля деятельности в целом.  Показатели критичности, адекватности, обучаемости в случаях выраженных повреждений будут значительно снижены.  После перенесенного повреждения или заболевания с точки зрения развития когнитивных функций наблюдается не только грубое изменение операциональных характеристик деятельности, но и, в тяжелых случаях, распад отдельных уже сформированных ВПФ вплоть до *органической деменции,* в сочетании с грубым недоразвитием еще не сформировавшихся. При более мягких вариантах отмечается снижение темпа формирования отдельных психических функций и функциональных систем наряду с инертностью психической деятельности в целом.  . |
| Обучаемость | Специфика развития когнитивной сферы, в первую очередь будет определяться временем повреждения (возрастом ребенка, в котором оно произошло), его локализацией, компенсаторными возможностями ребенка в целом. |
| Эмоционально-личностное развитие | Отмечаются и особенности эмоционально-личностного и мотивационно-волевого развития: с одной стороны можно говорить о значительной эмоциональной инертности, вязкости, с другой – об эмоциональной лабильности нестойкости аффекта, наличии значительных колебаний настроения и аффективного тонуса в целом. Достаточно часто в подростковом возрасте на фоне подобной эмоциональной лабильности, протестных реакций, может возникнуть формирование дисгармонических черт личности, а при неблагоприятных условиях – девиация развития в сторону стойкой дисгармонии. |
| Направления коррекционно-развивающей работы | В зависимости от тяжести состояния и прогноза развития ребёнка |
| Ведущие специалисты | В связи с разнообразием тяжести состояния и прогноза развития ребенка, как в неврологическом, так и в психолого-педагогическом плане ведущим специалистом остается медицинский работник (профильный специалист) и педагог-дефектолог. Психолог чаще всего является вспомогательным специалистом, способствующим адаптации ребенка и семьи в целом. |
| Прогнозы развития | Прогноз дальнейшего развития ребенка, в большинстве случаев в целом менее благоприятен, чем при локально поврежденном развитии, но чрезвычайно разнообразен, и зависит об огромного числа факторов, в том числе и компенсаторных возможностей ребенка. Поэтому возможна как практически полная компенсация повреждения, так и, в наиболее тяжелых случаях, «выход» в органическую (в том числе, эпилептическую) деменцию.  На феноменологические проявления, прогноз и т.п. в первую очередь будут иметь влияние как интенсивность повреждающего воздействия, его длительность, адекватность (а иногда и просто возможность) лечебных мероприятий, так и собственных компенсаторные возможности ребенка.  Огромную роль, естественно, будет играть и социальная ситуация развития, как один из определяющих факторов компенсации. В качестве примера можно привести отсутствие адекватных лечебных мероприятий как при несоответствии медицинского оборудования или врачебной квалификации состоянию ребенка в нужный момент, так и при попустительстве родителей, недооценки ими возможных последствий. |

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. . [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)
5. В данной работе мы лишь констатируем этот очевидный для всех специалистов-практиков факт, поскольку обоснование его и выявление причин такого резкого увеличения детей с РАС на консультативных приемах в ППМС-Центрах выходит за пределы данного пособия. [↑](#footnote-ref-5)
6. [↑](#footnote-ref-6)