

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

И. В. Пятницкая, А. В. Симоненко

ДИЗОНТОГЕНЕЗ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2012

УДК 616.89 (075.8)
ББК 56.14 я73
П99

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 31.10.2012 г., протокол № 2

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц., зав. каф. психотерапии и медицинской психологии Белорусской медицинской академии последиplomного образования И. А. Байкова; канд. мед. наук, доц. каф. психиатрии и наркологии Белорусской медицинской академии последиplomного образования Е. В. Ласый

Пятницкая, И. В.

П99 Дизонтогенез психического развития : учеб.-метод. пособие / И. В. Пятницкая, А. В. Симоненко. – Минск : БГМУ, 2012. – 22 с.

ISBN 978-985-528-705-7.

Даны основные определения онтогенетического и дизонтогенетического развития, приведена классификация дизонтогенетических форм психического развития и примеры их клинического проявления, основные этапы профилактики, этиотропного лечения и нейропсихологической коррекции данных расстройств.

Предназначено для студентов педиатрического факультета для занятий по дисциплине «Медицинская психология» и врачей-интернов.

УДК 616.89 (075.8)
ББК 56.14 я73

ISBN 978-985-528-705-7

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2012

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема занятия: Психологические закономерности дизонтогенетического развития ребенка.

Общее время занятия: 10 ч.

Дизонтогенез — одна из причин психических расстройств и заболеваний детского возраста. Своевременная диагностика и коррекция симптомов и клинических проявлений, связанных с нарушением развития организма на каком-либо этапе онтогенеза, является актуальной задачей современной психиатрии.

В детском возрасте чувствительность отдельных сторон психики к вредоносным воздействиям определяется не столько их характером, сколько особенностями той возрастной стадии развития, на которой находится ребенок: чем он меньше, тем больше на первый план выступают признаки нарушения развития — дизонтогенеза; чем раньше произошло поражение мозга, тем чаще в картине дизонтогенеза проявляется компонент психического недоразвития.

Помимо общего недоразвития в условиях болезни процесс онтогенеза характеризуется явлениями неустойчивости и асинхронии, при которых своевременно не возникают необходимые взаимодействия между отдельными системами. В этой связи вероятно появление признаков изоляции, патологической акселерации, регресса ряда психических функций, что задерживает формирование новых психических процессов и затрудняет прогрессивные перестройки, необходимые для нормального развития.

Все вышеперечисленное ведет к целому спектру психологических и поведенческих особенностей детского возраста, психическим заболеваниям, проблемам адаптации и школьного обучения. В данном издании представлены современные взгляды и подходы к решению данной проблемы.

Цель занятия: повысить уровень знаний о причинах и факторах дизонтогенетического развития, формах и видах психических расстройств дизонтогенетического характера, методах их профилактики, диагностики и лечения.

Задачи занятия:

1. Сформировать представление об этапах психического развития в онтогенезе.
2. Изучить типы и клинические формы дизонтогенетического развития.
3. Ознакомиться с основами этиопатогенетической терапии и принципами нейропсихокоррекции дизонтогенетических расстройств.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы студенту необходимо повторить:

– из *анатомии человека* — строение головного мозга, структуру проводящих путей головного мозга;

– *биологической химии и нормальной физиологии* — представление о нейромедиаторных, нейрогуморальных и нейробиологических системах мозга;

– *гистологии, цитологии, эмбриологии* — эмбриогенез;

– *основ психологии и педагогики* — закономерности психического развития, основные характеристики психических процессов и состояний.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Каково анатомическое строение и функции подкорково-стволовых структур?

2. Опишите временные фазы формирования отдельных систем головного мозга.

3. Приведите классификацию и перечислите функции нейромедиаторных, нейрогуморальных и нейробиологических систем мозга.

4. Назовите этапы эмбриогенеза.

5. Охарактеризуйте закономерности психических познавательных процессов.

6. Каковы особенности эмоционально-волевой сферы детей младшего возраста?

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. В чем различие между онто- и дизонтогенетическим развитием?

2. Назовите основные причины, приводящие к дизонтогенезу психического развития.

3. Что относится к основными типами психического дизонтогенеза? Дайте им характеристику.

4. В чем особенность общего недоразвития и задержанного психического развития? Приведите примеры клинического течения.

5. Охарактеризуйте и приведите клинические примеры поврежденно-го психического развития.

6. С чем связано и каким образом проявляется дефицитарное психическое развитие?

7. В чем особенность искаженного и дисгармоничного психического развития? Приведите примеры клинического течения.

8. Перечислите основные клинические эффекты ГАМК-ергических препаратов.

9. Какие современные методы коррекции психопатологических симптомов и синдромов у детей с отклонениями в психическом развитии вы знаете?

10. Назовите принципы и методы нейропсихокоррекции.

Задания для самостоятельной работы. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин, затем ознакомиться с содержанием данного учебно-методического

пособия. Для того чтобы изучение темы было более осознанным, студенту рекомендуется вести запись вопросов и замечаний, которые можно разъяснить в ходе дальнейшей самостоятельной работы с дополнительной литературой или на консультации с преподавателем. Решение тестовых задач, используемых в качестве самоконтроля, позволит не только адекватно оценить собственные знания, но и покажет преподавателю уровень освоения студентом учебного материала.

ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Онтогенез (ontogenesis) — постепенное, протекающее этапами в виде количественных и качественных сдвигов изменение организма от менее к более совершенному по строению и функционированию.

Дизонтогенез (dysontogenesis) — это нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза.

В настоящее время понятие «дизонтогенез» включает в себя также постнатальный дизонтогенез, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости. В широком смысле слова термином «дизонтогенез» обозначают отклоняющееся от условно принятой нормы индивидуальное развитие.

Психический дизонтогенез — патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций.

Психический дизонтогенез приводит к нарушению психики в целом или ее отдельных составляющих, а также соотношения темпов и сроков развития отдельных сфер и различных компонентов внутри отдельных сфер.

ПСИХИЧЕСКИЙ ОНТОГЕНЕЗ

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

ческих функций. В число этих различий входят и индивидуальные колебания.

Существуют 3 функциональных блока мозга:

- 1-й блок — энергетический (блок подкорково-стволовых структур);
- 2-й блок — операциональный (в него входит вся кора, кроме лобной);

- 3-й блок — блок контроля (лобная кора).

Формирование мозговой организации психических процессов в онтогенезе происходит от стволовых и подкорковых образований к коре головного мозга (снизу вверх), от правого полушария мозга к левому (справа налево), от задних отделов мозга к передним (сзади наперед).

Апофеозом церебрального функционального онтогенеза являются нисходящие контролирующие и регулирующие влияния от передних (лобных) отделов левого полушария к субкортикальным. Все эти процессы станут невозможными или искаженными, если не будет нейробиологической предуготованности мозговых систем и подсистем, которые их обеспечивают. Развитие тех или иных аспектов психики ребенка зависит от того, достаточно ли зрелые и полноценные соответствующий мозговой субстрат и различные нейрофизиологические, нейрохимические и другие системы, каждая из которых вносит свой специфический вклад в актуализацию любой психической функции.

Следовательно, для каждого этапа психического развития ребенка в первую очередь необходима потенциальная готовность комплекса определенных мозговых образований к его обеспечению. Но, с другой стороны, должна быть востребованность извне (от внешнего мира, социума) постоянного наращивания зрелости и силы того или иного психологического фактора.

Функции энергетического блока (подкорково-стволовых структур):

1. Регуляция процесса активации 2 типов:

- общие генерализованные изменения активации мозга (контроль за состоянием сна – бодрствования и всех переходных состояний);

- локальные избирательные активационные изменения в работе отдельных структур мозга.

2. Обеспечение модально-неспецифических форм памяти (запечатленные образы, импринтинг).

3. Контроль базовых эмоциональных процессов или состояний (страх, гнев, удовольствие).

4. Сбор интрацептивной информации (о внутренней среде) и регуляция всех внутренних процессов (обеспечение всех жизненных функций — дыхательной, сердечной и т. д.).

5. Обеспечение межполушарного взаимодействия.

Функции операционального блока (вся кора, кроме лобной): сбор и переработка информации о внешней среде (сигналы от всех анализаторов, переработка), ответ за функции речи, счета, пространства и времени.

Функции блока контроля (лобной коры): программирование, регуляция и контроль над психическими функциями.

ПРИЧИНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

К основным причинам психического дизонтогенеза относятся:

- наследственные факторы (на уровне генных изменений и хромосомных aberrаций);
- внутриутробные поражения (например, вирусные инфекции, интоксикации, нарушение кровообращения матери и плода);
- перинатальная патология (внутриутробная асфиксия, родовая травма, несовместимость по группам крови);
- ранние постнатальные повреждения (инфекции и травмы новорожденного);
- средовые факторы (экология, питание, вредные привычки родителей, стрессы).

Преобладающее значение имеют не характер и сила повреждающего фактора, не локализация поражения, а период развития организма, на который приходится воздействие данного повреждающего фактора (**хроногенный фактор**).

Другая важная особенность психического дизонтогенеза состоит в том, что дальнейшее развитие аномального индивидуума идет по тем же закономерностям, что и в норме, но со своими дизонтогенетическими особенностями.

ТИПЫ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Основными типами психического дизонтогенеза являются регрессия, распад, ретардация и асинхрония психического развития.

Регрессия (регресс) — возврат функций на более ранний возрастной уровень как временного, функционального характера (временная регрессия), так и стойкого, связанного с повреждением функции (стойкая регрессия). Так, например, к временной потере навыков ходьбы, опрятности может привести даже соматическое заболевание в первые годы жизни. Примером стойкого регресса может быть возврат к автономной речи вследствие потери потребности в коммуникации, наблюдаемый при раннем детском аутизме. Склонность к регрессу более характерна для менее зрелой функции. В то же время регрессу могут быть подвержены не только функции, находящиеся в сенситивном периоде, но также и функции,

уже в достаточной степени закрепленные, что наблюдается при более грубом патологическом воздействии: при шоковой психической травме, остром начале шизофренического процесса.

Явления регресса дифференцируют от явлений *распада*, при котором происходит не возврат функции на более ранний возрастной уровень, а ее грубая дезорганизация либо выпадение. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стоек регресс и более вероятен распад.

Ретардация — запаздывание или приостановка психического развития. Различают общую (тотальную) и частичную (парциальную) психическую ретардацию. В последнем случае речь идет о запаздывании или приостановке развития отдельных психических функций и свойств личности.

Асинхрония — искаженное, диспропорциональное, дисгармоничное психическое развитие. Характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом.

На ранних этапах психического онтогенеза наблюдается опережающее развитие восприятия и речи при относительно замедленных темпах развития праксиса. Взаимодействие восприятия и речи является в этот период ведущей координацией психического развития в целом. Чем сложнее психическая функция, тем больше таких факультативных координаций возникает на пути ее формирования. В патологии происходит нарушение межфункциональных связей. Временная независимость превращается в изоляцию. Изолированная функция, лишенная воздействия со стороны других психических функций, стереотипизируется и фиксируется в своем развитии. Изолированной может оказаться не только поврежденная, но и сохранная функция, что происходит в том случае, когда для ее дальнейшего развития необходимо координирующее воздействие со стороны нарушенной функции. Так, при тяжелых формах умственной отсталости весь моторный репертуар больного ребенка может представлять собой ритмическое раскачивание из стороны в сторону, стереотипное повторение одних и тех же актов. Подобные нарушения вызваны не столько дефектностью двигательного аппарата, сколько недоразвитием интеллектуальной и мотивационной сфер.

Механизмы изоляции, патологической фиксации, инволюция психических функций, временные и стойкие регрессии играют большую роль в формировании различных видов асинхронного развития.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Общее психическое недоразвитие — общая стойкая задержка психического развития при самых ранних поражениях мозга (генетических, внутриутробных, родовых, ранних постнатальных), что обуславливает *первичность и тотальность* недоразвития мозговых систем. Высшие психические функции (особенно интеллект, речь) при этом более нарушены, чем элементарные (непроизвольное восприятие, память, моторика, элементарные эмоции).

Наиболее типичной моделью психического недоразвития является умственная отсталость. Она выражается в стойком снижении познавательной деятельности у детей вследствие органического поражения головного мозга в перинатальный и ранний постнатальный периоды.

Различают 4 степени интеллектуальной недостаточности у детей с умственной отсталостью: легкую, умеренную, тяжелую и глубокую. Если 3 последние нуждаются преимущественно в социальной опеке, то легкая степень умственной отсталости позволяет обучать такого ребенка по программе вспомогательной школы, проводить с ним воспитательную работу и профессиональную подготовку по несложным видам труда. По окончании вспомогательной школы подавляющее большинство умственно отсталых детей в дальнейшем относительно благополучно адаптируются в социальной среде, в то время как субъекты с такой же или меньшей степенью интеллектуального снижения, не прошедшие специального обучения и воспитания, имеют плохую социальную адаптацию.

Задержанное психическое развитие — замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с фиксацией на более ранних возрастных этапах. Оно может быть вызвано генетическими факторами, хроническими заболеваниями, инфекцией, интоксикацией, травмами мозга, психогенными факторами (неблагоприятными условиями воспитания) в период до 3-летнего возраста. Для этой патологии характерны парциальность, мозаичность поражения с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем, что отличает задержанное развитие от недоразвития по типу умственной отсталости и определяет лучший прогноз динамики развития и коррекции.

Задержка психического развития выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, преобладании игровых интересов над определяемыми социальной ситуацией развития, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности, эмоциональной незрелости.

Задержка психического развития имеет относительно благоприятную динамику в плане обучения и воспитания такой категории детей. Многие

из них при адекватном индивидуальном подходе способны удовлетворительно осваивать программу обучения средней школы. Однако большая часть таких детей обучаются по рекомендации специалистов психолого-медико-педагогических комиссий по коррекционным (интегрированным) программам в стенах общеобразовательной школы.

Обычно данное состояние диагностируется до подросткового возраста. В более старшем возрасте эти состояния переходят в другой вид пограничных расстройств.

Поврежденное психическое развитие отличается парциальностью расстройств. Для дифференциальной диагностики с умственной отсталостью имеют принципиальное значение указание на первоначально правильное и своевременное развитие ребенка до периода перенесенной инфекции, интоксикации или травмы мозга и хронологическая связь психического снижения с перенесенной вредностью. В неврологическом статусе чаще отмечаются локальные знаки (парезы, параличи, судорожные припадки).

Характерной моделью поврежденного психического развития является *органическая деменция*. Структура дефекта при органической деменции определяется в первую очередь фактором повреждения мозговых систем в отличие от клинико-психологической структуры умственной отсталости, отражающей явления недоразвития: нет тотальности и иерархичности нарушения психических функций. Наоборот, на первый план выступает парциальность расстройств. В одних случаях это грубые локальные корковые и подкорковые нарушения (гностические расстройства, нарушения пространственного синтеза, движений, речи и т. п.). Так, нарушения памяти, в особенности механической, более характерны для деменции, обусловленной черепно-мозговой травмой, перенесенной ребенком в возрасте после 3–4 лет.

Г. Е. Сухарева (1965), исходя из специфики клинико-психологической структуры, выделяет 4 типа органической деменции у детей. Первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня обобщения. При втором типе на передний план выступают грубые нейродинамические расстройства, резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость, неспособность к напряжению. Отмечаются нарушение логического строя мышления, выраженная склонность к персеверациям. При третьем типе органической деменции более всего проявляется недостаточность побуждений к деятельности с вялостью, апатией, резким снижением активности мышления. При четвертом в центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления с грубыми расстройствами внимания, резкой отвлекаемостью, «полевым поведением»

(термин К. Левина). Наиболее часто в детском возрасте встречаются 2 последних типа органической деменции.

Дефицитарное психическое развитие связано с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной (слепые и слабовидящие, глухие и слабослышащие, дети с детскими церебральными параличами), а также рядом инвалидизирующих соматических заболеваний (сердечно-сосудистой системы, например при тяжелых пороках сердца, дыхательной — при бронхиальной астме, эндокринной и т. д.). Первичный дефект анализатора либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию одних функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению ряда других, связанных с пострадавшей функцией опосредованно.

Дефицитарность развития у лиц с нарушениями зрения главным образом проявляется в вербальном и кинестетическом восприятии окружающей среды, нарушениях пространственных представлений, недоразвитии психомоторной сферы. Прогноз и коррекционные возможности у таких детей индивидуальны и зависят от ряда факторов, таких как степень нарушения зрения и время возникновения дефекта, уровень интеллектуального развития ребенка, своевременность коррекционного обучения и успешность тифлотехнической коррекции.

Дефицитарность развития глухих и слабослышащих детей определяется прежде всего нарушением речевого развития и, вследствие этого, вторичной задержкой психического развития. Как и в случаях детей с нарушением зрения, здесь также играют первостепенную роль время возникновения дефекта, степень его выраженности, наличие и своевременность коррекционного воздействия.

Общим для любого вида дефицитарного развития является своеобразие в развитии и формировании личности. Последнее может проявляться и как следствие основного дефекта, затрудняющего полноценный контакт со сверстниками и другими людьми, и как результат неправильного воспитания.

Искаженное психическое развитие — сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящее к ряду качественно новых патологических образований, не присущих каждому из входящих в клиническую картину виду нарушенного развития. Искаженное развитие наблюдается при процессуальных расстройствах и раннем детском аутизме.

Ранний детский аутизм — это болезненное состояние психики ребенка, характеризующееся сосредоточенностью на своих переживаниях, уходом от реального внешнего мира. При аутизме часто нарушается ориентировка во времени, появляется отрыв от реальности, отгороженность

от мира, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой в целом.

Поведение аутичного ребенка характеризуется выраженной стереотипностью, однообразием. Прежде всего, это стремление к сохранению привычного постоянства в окружающем: есть одну и ту же пищу, носить одну и ту же одежду, гулять по одному и тому же маршруту и т. п. Попытки разрушить эти стереотипные условия жизни ребенка вызывают у него диффузную тревогу, агрессию либо аутоагрессию. В моторике характерны вычурность позы, движений, мимики, ходьба на цыпочках. Движения часто неуклюжи, угловаты, замедлены, плохо координированы, лишены детской пластичности, производят впечатление «деревянных», марионеточных. Медлительность сочетается с импульсивностью.

Также своеобразны у детей и речевые расстройства. Аутичность проявляется в уменьшении речевого контакта, иногда ребенок совсем перестает пользоваться речью (мутизм) и не реагирует на речь окружающих (сурдомутизм). Часто страдает выраженность речи. Речь может быть бедной, содержащей набор коротких штампов, отдельных слов. Она может быть литературной, богатой неологизмами. Главная особенность речи аутичного ребенка — автономность, неиспользование ее для диалога, общения и познания окружающего мира.

Дисгармоническое психическое развитие по своей структуре напоминает искаженное. Однако основой в данном случае является не текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные искажения межфункциональных связей, а врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Моделью дисгармонического развития является патологическое формирование личности.

Ядро этих состояний составляют так называемые конституциональные расстройства личности, как правило, имеющие наследственное происхождение. Сюда относятся шизоидные, обсессивно-компульсивные, параноидные, психастенические и в значительной части истерические расстройства личности. На практике часто имеют место сложные сочетания биологических (генетических и экзогенно-органических) и социальных факторов, которые могут приводить к нарушению индивидуального развития на протяжении всей жизни.

Клинические проявления психического дизонтогенеза не обладают нозологической специфичностью. По существу, он является общей патогенетической основой различных психических расстройств, выражающихся в нарушении индивидуального развития. Тем не менее, лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия при конкретных формах психического дизонтогенеза определяются в зависимости от его этиологии и нозологической принадлежности.

ПРЕВЕНТИВНЫЕ МЕРЫ (ПСИХОПРОФИЛАКТИКА)

Вопросы лечения и психопрофилактики психического дизонтогенеза в настоящее время активно разрабатываются как в зарубежной, так и в отечественной психиатрии раннего возраста. Психопрофилактические мероприятия обуславливаются содержанием факторов риска возникновения психического дизонтогенеза и включают в себя:

- улучшение антенатального здоровья плода;
- совершенствование системы родовспоможения;
- профилактику детского травматизма;
- своевременную диагностику и грамотное лечение инфекционных заболеваний и различного рода интоксикаций.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лечение психических расстройств и заболеваний составляют ноотропная терапия и нейропсихокоррекция.

Ноотропная терапия. *Ноотропы* (греч. noos — мышление, разум; tropos — направление) — средства, оказывающие специфическое позитивное влияние на высшие интегративные функции мозга. *Ноотропное действие* — непосредственное воздействие на нервную клетку. *Ноотропный эффект* — опосредованное действие (улучшение мозгового кровотока и микроциркуляции, антиагрегантное, антигипоксическое, противотечное действие и др.).

Классификация ноотропных препаратов представлена в таблице.

Классификация средств с ноотропной активностью

(Т. А. Воронина, С. Б. Середенин, 1998)

Группа	Международное наименование	Торговое наименование
Производные пирролидина (рацетамы)	Пирацетам, этирацетам, анирацетам, оксирацетам, прамирацетам и др.	Пирацетам, Луцетам, Ноотропил, Ноотропидил, Мемотропил, Ноотобрил
Нейро- и полипептиды, их аналоги и органические композиты	Эбиратид, соматостатин, тиролиберин, церебролизин, церебрализат	Семакс, Ноопепт, Кортексин, Церебролизин, Церебрализат, Церебромедин
Агонисты глутаминовых рецепторов (NMDA- и AMPA-подтипов)	Глутаминовая кислота, мемантин, милацемид, Д-циклосерин	Глутаминовая кислота, Нооглютил
Вещества, влияющие на систему ГАМК	Гамма-аминомасляная кислота, никотиноил-ГАМК, гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид, гопантенная кислота	Ноофен, Аминалон, Пикамилон, Фенибут, Нейробутал, Пантогам

Группа	Международное наименование	Торговое наименование
Глутаматергические препараты (аминокислоты)	Глицин, мемантин	Глицин, Громицин, Биотредин
Препараты гинкго билоба и церебральные вазодилаторы	Гинкго Билоба, винпоцетин, ницерголин, ксантинола никотинат	Билобил, Танакан, Мемоплант, Винпоцетин, Кавинтон
Производные пиридоксина	Пиритинол	Биотредин

К ноотропам также относятся вещества других фармакологических групп: антихолинэстеразные препараты (Нейромидин), дневные транквилизаторы с ноотропной активностью (Адаптол), антитела к мозгоспецифическому белку S-100 (Тенотен), антиоксиданты и мембранопротекторы, витаминopodobные и общетонизирующие средства, адаптогены и др.

Метафорически ноотропы называют «идеальными психотропными препаратами для детей», так как они: эффективны, безопасны, не имеют серьезных противопоказаний при назначении (в том числе и в режиме длительной терапии), малотоксичны, хорошо сочетаются с препаратами других фармакологических групп, имеют высокий уровень объективной и субъективной переносимости, применимы как для фармакотерапии, так и для фармакопрофилактики.

В детской практике назначения ноотропных средств предпочтение отдается препаратам ГАМК-ергического действия в силу сочетания мягкого стимулирующего действия, активирующего работоспособность и умственную активность, и седативного эффекта с уменьшением моторной возбудимости и упорядочением поведения.

Клинические эффекты ГАМК-ергических препаратов:

1) ноотропный (влияние на нарушенные высшие корковые функции, уровень суждений и критических возможностей, улучшение кортикального контроля субкортикальной активности, мышления, внимания, речи);

2) седативный, транквилизирующий (уменьшение раздражительности и эмоциональной возбудимости);

3) антигипоксический;

4) адаптогенный (влияние на толерантность к различным экзогенным факторам, повышение общей устойчивости организма к действию экстремальных факторов);

5) антикинетический;

6) вегетостабилизирующий;

7) антиастенический.

Нейропсихокоррекция. Нейропсихология детского возраста — это наука о формировании мозговой организации психических процессов. Она, в каком-то смысле, сближает неврологический и психиатрический подходы к пониманию патологии.

В последнее время нейропсихология приобретает все большую популярность как метод синдромального психологического анализа дефицита психической деятельности у детей, связанного с той или иной мозговой недостаточностью (органической или функциональной) или несформированностью.

В современных методах коррекции отклонений в психическом развитии у детей выделяют 2 основных направления. Первое — собственно когнитивные методы, чаще всего направленные на преодоление трудностей усвоения школьных знаний и формирование высших психических функций, например целенаправленная работа в сфере слухоречевой памяти, формирование счетных операций и т. д. Второе направление — методы двигательной (моторной) коррекции, или телесно-ориентированные методы. Они направлены в основном на восстановление контакта с собственным телом, снятие телесных напряжений, осознание своих проблем в виде телесных аналогов, развитие невербальных компонентов общения с целью улучшения психического самочувствия при взаимодействии с другими людьми.

Немногочисленные попытки «связать» воедино эти 2 направления с целью преодоления имеющегося дуализма чаще всего сводятся к обычной сумме (например, в коррекционную программу вводятся и когнитивные, и двигательные методы). Опыт показывает, что желаемые результаты не достигаются, так как в современной популяции детей преобладают системные нарушения психических функций с обилием мозаичных, внешне разнонаправленных дефектов.

Особенностями комплексной сенсомоторной коррекции в детском возрасте являются:

1. Системность подхода к коррекции и реабилитации психического развития ребенка, в котором когнитивные и двигательные методы применяются в некотором иерархизированном комплексе с учетом их взаимодополняющего влияния.

2. Направление, в рамках которого разработана «Комплексная сенсомоторная коррекция», исходит из того, что воздействие на сенсомоторный уровень с учетом общих закономерностей онтогенеза вызывает активизацию в развитии всех высших психических функций.

Так как сенсомоторный уровень является базальным для дальнейшего развития высших психических функций, логично в начале коррекционного процесса отдать предпочтение именно двигательным методам, не только создающим некоторый потенциал для будущей работы, но и активизирующим, восстанавливающим и протраивающим взаимодействия между различными уровнями и аспектами психической деятельности.

В качестве примера можно рассмотреть «Комплексную методику психомоторной коррекции», разработанную Е. А. Воробьевым, А. В. Се-

менович с соавторами. Методологически она опирается на представления А. Р. Лурии о закономерностях развития в иерархическом строении мозговой организации высших психических функций в онтогенезе, в том числе о возможностях «замещающего онтогенеза», а методически — на адаптированный вариант телесно-ориентированных, этологических, театральных и иных психотехник применительно к детскому возрасту.

Методика построена как 3-уровневая система. Первый уровень направлен на элиминацию (исключение) дефекта и функциональную активацию подкорковых образований головного мозга. Он включает дыхательные упражнения, массаж, обучение релаксации и регуляции тонуса, снятие локальных мышечных зажимов, тренировку равновесия, развитие целостного образа тела. В качестве вспомогательных приемов предлагается использовать музыкальное и цветковое сопровождение, ароматерапию.

Второй уровень — «уровень операционного обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром» — имеет своей мишенью стабилизацию межполушарных взаимодействий в контексте формирования синтетического пространственного поля из зрительных, осязательных, проприоцептивных, слуховых и вестибулярных компонентов. На этом уровне осваиваются упражнения на развитие чувства ритма, перцептивных и мнестических возможностей, формирование пространственных представлений, динамическую организацию двигательного акта, развитие одновременных и рецепторных сенсомоторных взаимодействий, ловкости, внимания.

Третий уровень ориентирован на формирование оптимального функционального статуса передних (префронтальных) отделов мозга. На этом уровне используются игры по правилам и ролевые игры, отрабатываются коммуникативные навыки, развиваются произвольное внимание и память, синестезии и произвольная саморегуляция. Закрепление приобретенных навыков осуществляется с помощью бихевиоральных (поведенческих) приемов.

Программа направлена на все блоки и функции и идет снизу вверх, в соответствии с онтогенетическим развитием мозга: «подпитывает» энергетический блок, «латает дыры» операционального блока и стимулирует произвольную саморегуляцию.

Длительность коррекции — не менее 9 месяцев.

Так как количество дизонтогенетических нарушений год от года возрастает, своевременная диагностика, медикаментозная терапия, психокоррекционные и развивающие занятия позволят снизить уровень тяжести клинических проявлений дизонтогенетических расстройств, улучшить социальную адаптацию детей с такими нарушениями, а нейропсихологическое обследование и соответствующая сенсомоторная коррекция будут необходимыми профилактическими процедурами и базис-

ным компонентом большинства интегративных методик клинической психотерапии детей и подростков.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТЫ

1. Общее психическое недоразвитие характеризуется:

- а) первичностью и тотальностью недоразвития мозговых систем;
- б) нарушением высших психических функций (особенно интеллекта и речи);
- в) преимущественным нарушением элементарных психических функций (непроизвольного восприятия, памяти, моторики, элементарных эмоций);
- г) парциальностью расстройств;
- д) всем вышеперечисленным.

2. Наиболее типичной моделью психического недоразвития является:

- а) ранний детский аутизм;
- б) умственная отсталость;
- в) расстройство личности;
- г) деменция;
- д) ничего из вышеперечисленного.

3. Задержанное психическое развитие характеризуется:

- а) ускоренным темпом формирования познавательной сферы;
- б) замедленным темпом формирования познавательной и эмоциональной сфер с фиксацией на более ранних возрастных этапах;
- в) первичностью и тотальностью недоразвития мозговых систем;
- г) парциальностью и мозаичностью поражения с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем.

4. Наиболее типичной моделью задержанного психического развития является:

- а) ранний детский аутизм;
- б) умственная отсталость;
- в) расстройство личности;
- г) деменция;
- д) задержка психического и речевого развития.

5. Поврежденное психическое развитие характеризуется:

- а) врожденным недоразвитием интеллектуальных функций и речи;
- б) парциальностью расстройств;

в) первоначально правильным и своевременным развитием ребенка до периода перенесенной инфекции, интоксикации или травмы мозга;

г) хронологической связью психического снижения с перенесенной вредностью;

д) наличием в неврологическом статусе парезов, параличей, судорожных припадков.

6. Характерной моделью поврежденного психического развития является:

а) органическая деменция;

б) умственная отсталость;

в) аутизм.

7. Дефицитарное психическое развитие связано:

а) с врожденным недоразвитием интеллектуальных функций;

б) перенесенной черепно-мозговой травмой в возрасте до 10 лет;

в) первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи.

г) первичным дефектом анализатора либо определенной соматической системы.

8. Искаженное психическое развитие — это:

а) сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящее к ряду качественно новых патологических образований, не присущих каждому из входящих в клиническую картину виду нарушенного развития;

б) общая стойкая задержка психического развития при наиболее ранних поражениях мозга, что обуславливает первичность и тотальность недоразвития мозговых систем;

в) замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с фиксацией на более ранних возрастных этапах.

9. Характерными моделями искаженного психического развития являются:

а) органическая деменция;

б) умственная отсталость;

в) процессуальные расстройства и ранний детский аутизм;

г) задержка психического и речевого развития.

10. Отличие дисгармоничного психического развития и искаженного состоит в том, что:

а) основой повреждений является текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные искажения межфункциональных связей;

б) врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики проявляется преимущественно в эмоционально-волевой сфере.

11. Фармакологические эффекты ноотропных препаратов:

- а) улучшают мозговое кровообращение;
- б) улучшают микроциркуляцию;
- в) оказывают антиагрегантное, антигипоксическое, противоотечное действие;
- г) все вышеперечисленное.

12. К функциям энергетического блока (подкорково-стволовых структур) относятся:

- а) обеспечение модально-неспецифических форм памяти (запечатление образов, импринтинг);
- б) ответ за функции речи, счета, пространства и времени;
- г) программирование, регуляция и контроль над психическими функциями;
- в) контроль базальных эмоциональных процессов или состояний (страх, гнев, удовольствие);
- д) сбор интрацептивной информации (о внутренней среде) и регуляция всех внутренних процессов;
- е) обеспечение межполушарного взаимодействия.

13. Операциональный блок (вся кора, кроме лобной) отвечает:

- а) за сбор и переработку информации о внешней среде;
- б) функции речи, счета, пространства и времени;
- в) контроль базальных эмоциональных процессов или состояний (страх, гнев, удовольствие);
- г) обеспечение межполушарного взаимодействия.

14. К функции блока контроля (лобной коры) относятся:

- а) сбор и переработка информации о внешней среде;
- б) функции речи, счета, пространства и времени;
- в) контроль базальных эмоциональных процессов или состояний (страх, гнев, удовольствие);
- г) обеспечение межполушарного взаимодействия;
- д) программирование, регуляция и контроль над психическими функциями.

ОТВЕТЫ

1 — а, б. 2 — б. 3 — б, г. 4 — д. 5 — б, в, г, д. 6 — а. 7. — в, г. 8 — а. 9 — в. 10 — б. 11 — г. 12 — а, в, е. 13 — а, б. 14 — д.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Ковалев, В. В.* Психиатрия детского возраста : рук. для врачей / В. В. Ковалев. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 1995.
2. *Скугаревская, Е. И.* Клиническая психиатрия. Детский возраст : учеб. пособие для студ. мед. вузов/ Е. И. Скугаревская, Ф. М. Гайдук, Н. К. Григорьева. Минск : Выш. шк., 2006.

Дополнительная

3. *Блейхер, В. М.* Клиническая патопсихология : рук. для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. М., 2002.
4. *Зейгарник, Б. В.* Патопсихология : учеб.-метод. пособие / Б. В. Зейгарник. М., 1999.
5. *Лебединский, В. В.* Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. М., 2003.
6. *Римашевская, Н. В.* Дизонтогенез : справ. по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Н. В. Римашевская ; под общ. ред. С. Ю. Циркина. СПб. : Питер, 1999.
7. *Семенович, А. В.* Введение в нейропсихологию детского возраста : учеб. пособие / А. В. Семенович. М. : Генезис, 2008.
8. *Семенович, А. В.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте : учеб. пособие для вузов / А. В. Семенович. М. : Академия, 2002.
9. *Сухарева, Г. Е.* Лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. М., 1998.
10. *Энциклопедический словарь медицинских терминов.* М. : Советская энциклопедия, 1982–1984.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Основные определения	5
Психический онтогенез.....	5
Причины психического дизонтогенеза	7
Типы психического дизонтогенеза	7
Классификация психического дизонтогенеза.....	9
Превентивные меры (психопрофилактика)	13
Этиопатогенитическое лечение.....	13
Самоконтроль усвоения темы	17
Литература.....	20

Учебное издание

Пятницкая Инна Викторовна
Симоненко Анна Владимировна

**ДИЗОНТОГЕНЕЗ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск **О. А. Скугаревский**
Редактор **Н. В. Оношко**
Компьютерная верстка **Н. М. Федорцовой**

Подписано в печать 01.11.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,1. Тираж 70 экз. Заказ 760.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.