**ИСКАЖЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ**

**Клинико-**[**психологическая**](https://v-doc.ru/msk/speciality/psihologiya)**характеристика аутизма.**

**Психологическая характеристика аутичного ребёнка.**

**Коррекционно-педагогическая помощь детям с ранним детским аутизмом**

Психопатологический синдром «ранний детский аутизм» затрагивает все сферы жизнидеятельности ребенка: мышление, речь, движения, общение.

Интенсивное исследование синдрома началось в 40-х гг. XX в. с публикации в 1943 г. работы Лео Каннера, в которой он описал синдром, получивший название «ранний детский аутизм» (РДА). Он утверждал, что это расстройство начинается в раннем возрасте – около двух с половиной лет и является врожденным. На протяжении длительного времени синдром РДА относили к патологии шизофренического круга.

Стали выдвигаться различные гипотезы относительно ***происхождения данного* расстройства**. Одни исследователи указывали на его органическое происхождение ,другие связывали с действием хронической психотравмирующей ситуации в отношениях мать – ребенок (деспотизмом и холодностью матери) (Б. Беттельгейм), третьи рассматривали аутизм в рамках патологии шизофренического круга (как начальный период детской шизофрении или форму шизоидной психопатии).

На сегодняшний день получены достаточно убедительные доказательства того, что РДА является органическим заболеванием головного мозга:

• во многих случаях у детей наблюдается умственная отсталость;

• разная распространенность заболевания у мальчиков и девочек;

• высокая конкордантность развития заболевания между монозиготными близнецами;

• дофаминовые антагонисты (галоперидол) высоко эффективны в лечении аутизма;

• по некоторым сведениям, у 1/3 детей развивается эпилепсия;

• стереотипное поведение детей с РДА имеет существенное сходство с поведением детей с органическим синдромом Туретта и свидетельствует о патологии подкорковых структур мозга (например, полосатого тела);

• отмечаются диффузные изменения ЭЭГ;

• аномальный профиль функциональной асимметрии. Имеется либо обратная асимметрия, либо патологическая симметрия;

• выявляются нарушения взаимодействия полосатого тела и коры, а также функционирования таких подкорковых структур, как гиппокамп, миндалина, лимбическая система, височно-лобная кора больших полушарий. Это приводит к нарушениям мотивационной, эмоциональной, речевой сфер;

• выявлено пониженное кровообращение в лобно-базальных отделах головного мозга (лобная гипоперфузия), особенно в период младенчества.

Современная точка зрения на РДА заключается в том, что он относится к общим расстройствам психического развития. Детский аутизм появляется в возрасте до 3 лет и имеет неясную этиологию. Несмотря на то, что клиническое проявление симптоматики при синдроме детского аутизма происходит на первом году жизни, в поле зрения специалистов ребенок обычно попадает не ранее 2–3 лет, когда нарушения становятся достаточно явными. Зачастую родители затрудняются в определении нарушений, отмечая «странность» и «необычность» поведения ребенка. Нередко проблема подменяется более понятными для родителей мнимыми или реальными нарушениями, такими, как задержка речевого развития или нарушения слуха. С помощью клинической беседы, как правило, удается выяснить, что уже на первом году ребенок слабо реагировал на людей, не принимал позу готовности при взятии на руки, а когда его брали, был пассивен, боялся бытовых шумов (миксера, пылесоса и т. д.), не адаптируясь к ним со временем, обнаруживал необычайную избирательность в еде, отказываясь от пищи определенного вида или цвета.

Распространенность РДА составляет 15–20 случаев на 10 000 населения. При этом в современной литературе утверждается, что лишь у 5 из этих 20 детей симптомы полностью соответствуют расстройству, описанному Л. Каннером.

В настоящее время термин «аутизм» применяется для обозначения целой группы расстройств: детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Ретта, синдром Аспергера и др. У одних детей, страдающих аутизмом, психическая патология обнаруживается с самого рождения, у других – через несколько лет после рождения (атипичный аутизм).

Выделяют три основных симптома детского аутизма:

1) нарушение социального взаимодействия и отношений;

2) специфика речевого развития и нарушения коммуникации;

3) специфические нарушения движений и поведения: стереотипии, персеверации, плохая переносимость перемен, тенденция к установлению жесткого порядка и ритуалов.

Кроме того, во многих случаях (75 %) РДА сопровождается снижением умственных способностей вплоть до глубокой умственной отсталости. Однако следует отметить, что низкие показатели интеллекта зачастую определяются не только и не столько нарушениями умственных операций, сколько неспособностью или нежеланием ребенка действовать произвольно, выполнять поставленные перед ним в ситуации обследования задачи, невозможностью установления контакта. В силу этого аутичные дети, как правило, лучше выполняют невербальные задания или решают предъявляемые им задачи отсрочено, спустя некоторое время.

Выделяют различные направления в изучении аутизма, объясняющие механизмы его возникновения и проявления на разных уровнях функционирования индивида: генетическое (Е.Н. Cook, М. Rutter), этологическое (N. Tinbergen), нейропсихологическое и психологическое (G. Dawson, U. Firth), психоаналитическое (В. Bettelheim).

Так, *генетические исследования* показали связь аутизма с хромосомными нарушениями и генетическими мутациями. Кроме того, было обнаружено, что у родственников детей с аутизмом наблюдается дефицит коммуникативных, речевых и когнитивных функций, по своему характеру сходный с нарушениями данных функций при аутизме, хотя и выраженный в меньшей степени.

*Работы этолога* Н. Тинбергена продемонстрировали чрезмерное усиление у детей с аутизмом, по сравнению с нормально развивающимися детьми, защитных форм поведения.

*Нейропсихологические* и *психологические исследования* раскрыли связь аутизма со структурными и функциональными расстройствами мозга и особенностями развития [нейронных](https://med-tutorial.ru/med-books/book/30/page/2-chast-i-fiziologiya-golovnogo-mozga-cheloveka/25-neyron) структур. В частности, обнаружены нарушения мозжечка, средней височной доли и связанных с ними структур лимбической системы. Отмечается задержка созревания лобных долей. Нарушения мозга и его функционирования соотносится с нарушениями вербального мышления, символизации, направленности и избирательности внимания, зрительной и вербальной памяти, целенаправленного использования речи, функций целеполагания и планирования, встречающимися при аутизме.

Детский аутизм может различаться по глубине нарушений социального взаимодействия и отношений. В своих работах О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг выделяют четыре уровня таких нарушений у детей с аутизмом, каждый из которых сопровождается определенными паттернами поведения, нарушениями произвольной регуляции и проявлениями речевых, моторных, когнитивных и коммуникативных способностей.

Кроме раннего детского аутизма к аутизму относят такие *тяжелые расстройства, вызванные нарушениями развития*, которые имеют некоторые общие признаки с аутизмом, однако их причины различны. К таким расстройствам относят:

• ***синдром Аспергера***, который характеризуется тем же самым типом качественного нарушения социального взаимодействия, что и детский аутизм, наряду с ограниченным, стереотипным набором интересов и занятий. В отличие от аутизма, здесь нет общего отставания в развитии речи или интеллекта. Нозологическая самостоятельность данного синдрома не определена. Соотношение между мальчиками и девочками с синдромом Аспергера составляет 8:1. Этот синдром имеет тенденцию к сохранению в детском и юношеском возрасте. В юношеском возрасте могут развиваться психотические эпизоды;

• ***синдром Ретта*** *–*состояние, описанное только у девочек (распространенность среди девочек составляет 1:10 000), причина его неизвестна (некоторые авторы связывают появление синдрома с Х-хромосомной мутацией (Amir et al., 1999), но которое выделяется на основании особенностей начала течения и симптоматологии. В типичных случаях за внешне нормальным или почти нормальным ранним развитием (первые 6-12 мес.) следует парциальная или полная потеря приобретенных мануальных навыков и речи наряду с замедлением роста головы (размеры мозга на 12–34 % меньше, чем у нормально развивающихся детей). Особенно характерны потеря целенаправленных движений рук с последующим развитием стереотипных движений, напоминающих умывание или рукопожатие, утрата интереса к социальным взаимодействиям, плохо скоординированная крупная моторика (особенно движений при ходьбе), глубокие нарушения развития восприятия и речи. Социальное развитие у таких детей задержано в первые два или три года, однако сохраняется тенденция к поддержанию социального интереса. Во время среднего детского возраста проявляется тенденция к развитию атаксии туловища и апраксии, иногда сопровождающихся хореоатетоидными движениями. В процессе развития состояния приобретается тяжелая психическая инвалидизация. Часто возникают эпилептические приступы в период раннего или среднего детского возраста;

• ***детское дезинтегратиеное расстройство*** – нарушение развития, наблюдаемое у детей, утрачивающих значительную часть ранее приобретенных навыков к 10 годам. Ухудшения могут относиться к таким областям, как восприятие, использование речи, социальные навыки и коммуникация, адаптивное поведение, усвоение игровых или моторных навыков, контроль кишечника или мочевого пузыря;

• ***специфические тяжелые расстройства, вызванные нарушениями развития* (*<атипичный аутизм*)**, – тип общего расстройства развития, который отличается от детского аутизма либо возрастом начала, либо отсутствием хотя бы одного из трех диагностических критериев. Может встречаться как в сочетании с умственной отсталостью, так и без нее.

Ранний детский аутизм необходимо отличать от *детской шизофрении* (согласно требованиям, изложенным в МКБ-10). Дифференциальную диагностику проводят на основе следующих критериев:

• возраста, в котором появляются симптомы. Шизофрения диагностируется в возрасте 6 лет и более;

• преморбидных особенностей. Аутичный ребенок имеет патологические особенности личности и поведения с момента рождения, в то время как у ребенка с шизофренией до начала заболевания наблюдается нормальное развитие (сменяющееся регрессией);

• степени аутизации. По сути, аутизм может быть характерен и для ребенка, страдающего шизофренией. Однако дети с синдромом РДА резко отделены от окружения, могут практически на него не реагировать, не идти на физический контакт. Дети с шизофренией, вступая в контакт, скорее неадекватно реагируют на окружение;

• степени, в которой ребенок озабочен неизменностью окружающей обстановки. Дети с аутизмом обычно крайне негативно реагируют на изменения в окружении и своей повседневной активности. Лишь у незначительного количества детей с шизофренией есть такая потребность;

• восприятию окружения. Дети с шизофренией воспринимают окружение искаженно, в то время как аутичные дети скорее сверхселективны в своем восприятии. У них формируется разновидность «тоннельного зрения», фиксирующего внимание лишь на некоторых аспектах окружения;

• наличию галлюцинаций и бреда, что характерно именно для детей, страдающих шизофренией. Эти симптомы практически не встречаются у детей с детским аутизмом;

• состоянию речи. Дети с аутизмом слабо используют речь для общения, в то время как дети с шизофренией пользуются ею;

• развитию интеллекта. Дети с аутизмом имеют значительно более выраженную интеллектуальную недостаточность;

• пропорции детей различного пола. Для популяции людей с ранним детским аутизмом соотношение мальчиков и девочек составляет 4:1, в то время как в популяции больных шизофренией нет столь выраженной половой диспропорции.

**Коррекционно-педагогическая помощь детям с ранним детским аутизмом**

Коррекционная помощь детям, страдающим РДА, является самым важным аспектом развития ребенка. Чем раньше была начата работа различных специалистов, тем меньше дефект сумеет усугубиться. Специальные методы обучения и воспитания позволяют преодолеть или ослабить порог эмоционального отчуждения ребенка и строить совместную деятельность в русле трех основных направлений:

-с установление эмоционального контакта и выработка продуктивных форм взаимодействия;

-с построение на их основе программы социально-бытовой адаптации, а также систематическая работа с родителями, обучение их эффективному лечебно-педагогическому поведению в домашних условиях;

-с подготовка к школе, включающая освоение им новой социальной роли ученика, элементарных навыков письма, счета, чтения, работу по развитию внимания, памяти, воображения, общей и тонкой моторики, выявление и развитие творческих способностей детей, развитие речи и коммуникативных навыков.

На **первом этапе** необходимо предоставить ребенку возможность самостоятельно обследовать помещение комнаты для занятий. Убрать все яркие, крупные, звучащие игрушки и предметы. Насколько это возможно, звукоизолировать комнату. Строго дозировать аффективные контакты с ребенком, т.к. может наступить пресыщение - когда даже приятная ситуация становится для ребенка дискомфортной и может разрушить уже достигнутое. Общение с ребенком негромким голосом, в некоторых случаях, особенно если ребенок возбужден, даже шепотом. Необходимо избегать прямого взгляда на ребенка, резких движений. Не следует обращаться к ребенку с прямыми вопросами. Не настаивать на продолжительности выполнения задания в случае отказа. Одежда специалиста должна быть темных тонов и в ней должно быть постоянство, т.к. это поможет ребенку привыкнуть к нему.

**На втором этапе** аутичному ребенку необходима постоянная поддержка взрослого, его побуждение и ободрение, чтобы перейти к более активным и сложным отношениям с миром. Решение этой задачи требует от психолога умения чувствовать настроение ребенка, понимание его поведения и использовать это в коррекционной работе основных психологических процессов. Необходимо вовлечь ребенка в совместную деятельность, чему будет способствовать использование с ребенком аутистом через обогащение его эмоционального и интеллектуального опыта.

В процессе работы в поведении аутичного ребенка выявляются стимулы, на которые необходимо опираться в ходе коррекционной работы. Например, если ребенку нравится рвать и мять бумагу, то можно попробовать переориентировать его на аппликацию методом обрывания. Если необходимо способствовать развитию навыков самообслуживания можно использовать карточки с описанием последовательных действий.

Аутичным детям наиболее доступны схемы, и именно на них необходимо опираться в коррекционной работе. Так же в занятия нужно вводить пальчиковые игры, релаксационные упражнения, песочную и музыкальную терапии, игры с водой. Необходимо отметить важный момент: каждую игру или упражнение необходимо проводить несколько раз для закрепления результата.

И, несомненно, психолог должен настроиться на долгую и терпеливую работу с аутичным ребенком. Если после установления контакта специалист прервет коррекционную работу, то ребенок может снова "закрыться”, "уйти” в свой мир. Неизбежно и появление у него новых страхов, углубление его аутизма.

***Педагогическая работа:***обучение детей понятиям числа, счету, определению временных категорий, углублению ориентировки в форме предметов, в пространстве; любые задания должны предлагаться в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз, с одной и той же последовательностью, одними и теми же выражениями. Речевые задания должны предъявляться голосом разной громкости, с обращением внимания на тональность.

***Логопедическая работа:***Определение речевой патологии; Развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха, постановка звуков, их автоматизация; Расширение словарного запаса; Развитие способности к составлению предложений по картинкам, их сериям; Работа над связным текстом, состоящим из бесед, пересказа,"проигрывания", драматизации разных тем; Воспроизведение стихотворной речи и ряд других задач.

***Психологическая коррекция:***Вовлечение аутистов в разные виды индивидуальной и совместной деятельности; Формирование произвольной, волевой регуляции поведения (игры с жесткой последовательностью событий и действий, их многократное проигрывание); Коррекция поведения ребенка, снижение тревожности, страха; Укрепление взаимоотношений в семье, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним.

Широко используются различные пальчиковые игры, нанизывания бус, манипуляции с мелкими предметами. Детям с более тяжелыми нарушениями тонкой моторики можно давать пересыпать ложкой или совочком горох, крупу из одной миски в другую: ребенка могут занять игры с песком на площадке. Пересыпая горох, можно имитировать падение капель, сопровождая действие несложным вербальным сопровождением. Очень полезны действия с пластилином, при этом следует обращать внимание, чтобы в результате несложной для ребенка деятельности получилась какая - либо поделка. Огромное значение для развития тонких движений имеет работа с бумагой. Сначала совместно изучаются свойства бумаги: бумага мнется, рвется, складывается, режется, ее можно склеивать. Далее проводятся различные игры с бумагой, изготавливаются поделки.

**ТЕМА: ДИСГАРМОНИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ.**

Дисгармоническое развитие - это... Характеристика, особенности, развитие, причины появления и влияние на человека. Одним из показательных симптомов развития, происходящим в дисгармоническом русле, является психопатология. Она представляет собой аномалии развития психики. В основе заложен дизонтогенез эмоционально-волевой сферы. Что такое дисгармония в психическом развитии?

Дисгармоническое развитие - это отклонение в формировании личности, которому свойственно возникновение разного рода психопатий. Длительное негативное воздействие травмирующих факторов на незрелую психику ребенка приводит к тому, что его эмоционально-волевая сфера перестраивается необратимым образом. Вместе с этим меняется и личность ребенка.

Заложенные биологически предпосылки в виде темперамента (который, как известно, предопределяет силу, уравновешенность и подвижность процессов в психике человека) формируют основу психопатологии. Причины Что запускает процесс дисгармонического развития? В детском возрасте главным социальным фактором является обучение и воспитание. Ввиду уровня развития эмоциональной сферы и личности ребенка, а также повышенной внушаемости, неблагоприятные условия внешней среды приводят к стойким изменениям в структуре личности. Однако здесь следует помнить о взаимодействии факторов внутренней и внешней среды. В качестве биологического фактора, который предрасполагает к патологическому формированию личности под внешним воздействием, рассматривается церебральная недостаточность в ее остаточной фазе, акцентуация характера, а также нарушения в период пубертата.

Причинами дисгармонического развития могут быть также наследственные заболевания, хромосомные нарушения, недостаток питания матери во время беременности, инфекции и отравления в младенческом возрасте. Механизмы формирования Патохарактерологическое развитие запускается следующим образом: Посредством закрепления патологических реакций отказа, имитации, гиперкомпенсации в ответ на психотравму. Впоследствии подобные реакции приобретают устойчивые формы и становятся свойствами личности. Непосредственное подкрепление негативными воздействиями определенных патологических черт, которые уже есть у ребенка (чрезмерная нервная возбудимость, истеричность и другие).

При воздействии неблагоприятных социальных условий они переходят в психопатическое развитие, оказывая влияние на формирование характера ребенка и подростка. Протестные реакции В основе протестных реакций в действительности лежит комплекс тех переживаний, которые особенно значимы для ребенка. Это может быть обида или перенесенное унижение. Реакции могут носить активный или пассивный характер. Протест проявляется непослушанием, грубостью, двигательным возбуждением. Могут наступать состояния сужения сознания.

При пассивном протесте наблюдаются уходы из дома, рвота, энурез, попытки суицида. Ребенок становится капризным, он постоянно проявляет недовольство по отношению к окружающим, которые спровоцировали реакцию протеста. Особенности пассивного протеста Пассивный протест может носить демонстративный характер, когда ребенок или подросток пытается привлечь к себе внимание взрослых. Он представляет себе, как родители его разыскивают, обвиняют себя в том, что так плохо к нему относились. Если же целью побега является не попытка привлечь к себе внимание, а стремление уйти из психотравмирующей ситуации или от наказания старшего, в психопатологии такой побег называется импунитивным.

Такого рода побег может превратиться в поведенческий стереотип. Реакции эмансипации. Еще одно проявление дисгармонического развития. Эмансипация представляет собой также проявление побега. В таких случаях основная мотивация ребенка заключается в стремлении отделиться от родителей. При меньшей выраженности стремления самоутвердиться, реакции эмансипации могут выражаться и в активном несогласии с советами старших. Реакция группирования У подростков мужского пола данный симптом нередко выражается в образованиях группировок. Подростки формируют спонтанные «стаи», в которых устанавливаются определенные правила общения. Реакция группирования может иметь тесную связь с имитацией: подросток имитирует поведение лидеров группы. У него формируются вредные привычки (употребление алкоголя, наркотиков).

Наблюдается делинквентное поведение (нарушение общественных и морально-поведенческих норм, которое не доходит до преступления действующего законодательства). Чаще всего имеет под собой поведенческую основу, однако в некоторых случаях могут носить и патологический характер. ₽ Дистанционное обучение Дистанционное обучение. Государственный диплом. Идёт набор. Оставьте заявку! synergy.ru   Ребенок или подросток, переживая острое чувство неполноценности, пытается скомпенсировать это ощущение. В процессе гиперкомпенсации защитная форма начинает приобретать все более гипертрофированный характер.

У ребенка наблюдаются компенсаторные игры, он погрязает в фантазиях, что также способствует быстрому формированию патологических личностных черт. Варианты патологий: влияние на личность В процессе анализа выделяют четыре главных варианта искаженного и дисгармонического развития: Развитие по аффективно-возбудимому типу. Данный вид обуславливается неблагоприятной социальной средой, где ребенок постоянно наблюдает алкоголизм родителей, агрессивность домочадцев по отношению друг к другу. В подобных условиях у ребенка постепенно развиваются черты аффективной взрывчатости, навязчивая склонность к разрядке эмоционального возбуждения, гнева. Формируется повышенная готовность к конфликтам.

Данные черты изначально формируются как имитация подобного поведения у старших членов семьи, либо в качестве закрепления протестной реакции. Изменение личности характеризуется сдвигом аффекта в сторону угрюмости, злобности. Истероидный вариант. Чаще всего наблюдается у девочек. Возникает в тех семьях, где ребенок воспитывается в условиях гиперпопечительства, растет в изнеженной обстановке, его внешность и таланты оцениваются непомерно высоко. Но данный вариант в качестве реакции протеста также может возникать и в тех семьях, которые страдают от длительного конфликта. У ребенка, дисгармоническое развитие личности которого происходит по истероидному типу, не развивается чувство ответственности, умения преодолевать трудности и препятствия. Незрелость эмоционально-волевой сферы проявляется в виде повышенной импульсивности, а также внушаемости.

Данный тип развития личности по своей сути представляет собой один из вариантов психического инфантилизма – одного из компонентов ЗПР (задержки психического развития). Тормозимый вариант. Чаще всего возникает в особых условиях гиперопеки, где авторитарность направлена на подавление самостоятельности. Ребенок становится робким, обидчивым. Вырастает в пассивного и неуверенного взрослого. К данному варианту близко формирование невротической личности, которое имеет место в тех случаях, когда длительная психотравмирующая обстановка в семье приводит к развитию у ребенка невроза и таких черт, как боязливость, ипохондричность, высокая тревожность. Невротическое развитие быстро возникает у физически слабых детей, а также при неблагоприятных условиях окружающей среды. Патологическое протекание периода пубертата. Негативное влияние на личность оказывает и его задержка, и ускорение.

Данные аномалии обуславливаются и внешними факторами, и особенностями ЦНС. При наличии неблагоприятной окружающей среды акцентуации характера и патологические черты становятся предпосылками для патологического формирования личности. В ней будут присутствовать черты повышенной эмоциональной возбудимости, расторможенности, а также асоциального поведения. Характеристика дисгармонического развития сложна, что связано с многообразием вариантов, нечеткостью их границ. В этом заключается одна из главных трудностей дифференциальной диагностики. Однако чистые варианты патологий встречаются гораздо реже, чем смешанные.

**НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КАК ОСНОВА ДИСГАРМОНИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

К дисгармоническому психическому развитию можно отнести такие варианты развития личности, как психопатии и невротическое развитие личности. Зачастую в качестве проявления этих состояний выступают стойкие поведенческие нарушения. Сочетание динамических расстройств эмоциональной сферы: повышенной возбудимости, лабильности, инертности, вязкости аффекта и преобладающей модальности эмоций (страха, гнева, печали и т. д.) – порождает многообразие конкретных вариантов дисгармонического развития личности.

*Дисгармоническое психическое развитие*– это такая форма нарушений развития, при которой отмечается недостаточность развития эмоционально-волевой и мотивационной сферы личности, при относительной сохранности остальных структур.

*Психопатии*– это аномалии развития эмоционально-волевой и мотивационной сферы личности. В патопсихологии отмечаются три критерия, характеризующих психопатию: тотальность патологических черт характера, относительная стабильность их проявлений в течение жизни и социальная дезадаптация.

Происхождение психопатий может быть связано либо с генетическими, наследственными факторами, либо с воздействиями внешних повреждающих факторов в раннем детстве (родовые травмы, тяжелые инфекционные заболевания). Возможно также возникновение психопатий как реакция на длительные неблагоприятные воздействия со стороны родителей, создающих неадекватные стереотипы эмоционального реагирования.

При психопатиях происходит усиление либо ослабление функционирования одного из уровней базальной системы эмоциональной регуляции. Базальная система эмоциональной регуляции создает и интенсивность, и направленность бессознательной оценки воздействий окружающей среды (насколько какой-либо раздражитель воспринимается как сильный или слабый, приятный или неприятный, вызывающий стремление к избеганию, приближению или агрессии). В дальнейшем, в зависимости от этого базального тонуса, происходит построение мотивационных структур личности и волевой регуляции (как возможности реализации мотива, достижения цели). Неравномерность, дисгармоничность развития эмоциональной регуляции с выраженным усилением либо ослаблением функций одного из уровней при недостаточности компенсаторных возможностей со стороны остальных уровней приводят к формированию психопатии.

Возможна классификация психопатий в зависимости от усиления либо ослабления функций и уровней эмоциональной регуляции. Базальные уровни эмоциональной регуляции (В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг) возникли вследствие необходимости активного контакта человека со средой и в норме обеспечивают ему успешное избегание опасностей и достижение целей, удовлетворение потребностей. Выделяют 4 уровня базальной аффективной организации, каждый из которых разрешает свойственную ему задачу адаптации.

1-й уровень (полевой реактивности) связан с предварительной оценкой допустимости контакта с объектом внешнего мира. Эффективная ориентировка на этом уровне производится вне активного избирательного контакта с окружающим, как целостное восприятие интенсивности и притяжения – отталкивания со стороны объекта.

2-й уровень (стереотипов) регулирует процессы удовлетворения телесных потребностей; задача – обработка эмоциональных стереотипов сенсорного контакта с миром. Происходит оценка качества впечатления: соответствие – несоответствие нуждам организма. Эмоционально окрашиваются ощущения всех модальностей: вкусовые, обонятельные, зрительные, тактильные и т. д. Особо сильная чувствительность к ритмическим, повторяющимся воздействиям. Задержка в исполнении желания вызывает резкую неудовлетворенность.

3-й уровень (экспансии) обеспечивает активную адаптацию к нестабильной ситуации. Происходит разрешение задач достижения значимой цели и преодоления препятствий. Выделяются не только объекты желания, но и препятствия. Для этого уровня характерны сгенические и астенические переживания. Высокая чувствительность к переживаниям контрастных эмоций, ситуациям борьбы, риска, достижений.

4-й уровень (эмоционального контроля) отвечает за организацию эмоционального взаимодействия с другими людьми. Оценка окружающего начинает зависеть от оценок другого человека или группы. Значимым стимулом становится похвала, оценка и т. п. Важна эмоциональная уверенность в силе и значимости других людей.

Усиление либо ослабление функции каждого уровня изменяет восприятие субъектом самого себя и окружающего мира. На основании этого восприятия формируются ведущие мотивы деятельности. В дальнейшем, под воздействием воспитания, обучения, приобретения опыта возникают индивидуальные средства реализации своих ведущих потребностей. Конкретное поведение, направленное на реализацию потребностей, может в большей или меньшей мере отклоняться от общепринятых норм. Успешное функционирование относительно более сохранных уровней аффективной регуляции создает возможность успешной компенсации и социальной адаптации личности. При усилении рассогласования уровней эмоциональной регуляции возникает тотальность изменений эмоционально-мотивационной сферы личности, стабильность этих изменений и социальная дезадаптация – формируется психопатия.