



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»

**И.И. Сунагатуллина**

**ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА  
С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета  
в качестве учебно-методического пособия*

Магнитогорск  
2017

**Рецензенты:**

доктор медицинских наук,  
профессор кафедры образовательных технологий и дистанционного обучения,  
представительство ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный  
гуманитарно-педагогический университет»  
в г. Магнитогорске  
**Н.А. Антипанова**

доктор педагогических наук,  
профессор кафедры педагогики,  
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический  
университет им. Г.И. Носова»  
**Т.В. Кружилина**

**Сунагатуллина И.И.**

**Психология детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития и задержкой психического развития** [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Ирина Ириковна Сунагатуллина ; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (1,78 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», 2017. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; Adobe Reader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

ISBN 978-5-9967-1071-3

В учебно-методическом пособии представлены теоретико-методологические основы психологии детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития и задержкой психического развития, раскрываются психические особенности умственно отсталых детей дошкольного возраста и детей с задержкой психического развития, особенности обучения и воспитания детей дошкольного возраста с нарушением интеллекта и направления коррекционно-развивающего обучения и развития, рассматривается проблема социальной адаптации умственно-отсталых детей дошкольного возраста и детей с задержкой психического развития, а также анализируется психологическая помощь детям с отклонениями в развитии.

Предлагаемое пособие разработано в соответствии с ФГОС ВО (3+) специальностей 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование».

УДК 159.922.76

ISBN 978-5-9967-1071-3

© Сунагатуллина И.И., 2017  
© ФГБОУ ВО «Магнитогорский  
государственный технический  
университет им. Г.И. Носова», 2017

## Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ПО КУРСУ «ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ».....	7
1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	7
1.1. Актуальные проблемы специальной психологии.....	7
1.2. Понятие «дети с отклонениями в развитии».....	9
1.3. Понятие «дизонтогенез» и основные типы психического дизонтогенеза.....	16
1.4. Основные категории психологии детей с нарушениями в развитии.....	21
2. ПСИХИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	33
2.1. Основные понятия психологии умственно отсталых детей.....	33
2.2. Развитие деятельностной сферы детей с недостатками умственного развития....	42
2.3. Особенности познавательных процессов детей дошкольного возраста с отклонениями в интеллектуальном развитии.....	47
2.4. Развитие личностной сферы дошкольников с умственной отсталостью.....	50
3. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	59
3.1. Основные понятия психологии детей с задержкой психического развития.....	59
3.2. Развитие познавательных процессов детей дошкольного возраста с ЗПР.....	74
3.3. Развитие личностной сферы детей с ЗПР.....	79
3.4. Развитие деятельностной сферы детей с ЗПР.....	82
4. ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА. ЗАДАЧИ И НАПРАВЛЕНИЯ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ И РАЗВИТИЯ.....	86
4.1. Особенности обучения детей с нарушением интеллекта.....	86
4.2. Основные задачи и направления коррекционно - развивающего обучения и воспитания детей с нарушением интеллекта.....	88
4.3. Организация индивидуально - групповых коррекционных занятий и основные направления работы с детьми.....	89
4.4. Диагностика в деятельности педагога-дефектолога.....	91
4.5. Коррекционная работа с умственно отсталыми детьми.....	93
5. ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	100
5.1. Особенности социальной адаптации умственно отсталых детей дошкольного возраста.....	100
5.2. Формирование социальной адаптации умственно-отсталых детей дошкольного возраста.....	102
5.3. Социально-проблемная ситуация как метод формирования социальной адаптации умственно-отсталых детей.....	104

5.4. Создание условий для успешного формирования социальной адаптации умственно-отсталых детей дошкольного возраста.....	107
<b>6. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....</b>	<b>110</b>
6.1. Проблема социальной адаптации детей с задержкой психического развития... 110	
6.2. Особенности социальной адаптации детей с задержкой психического развития .....	114
<b>7. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ. 118</b>	
7.1. Принципы отношения к воспитанию детей с отклонениями в развитии .....	118
7.2. Психологическое консультирование родителей и детей.....	120
7.3. Система служб и принципы психолого-педагогической помощи детям.....	124
7.4. Модель специальной психологической помощи детям с задержкой психического развития на этапах раннего онтогенеза .....	126
<b>КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ» .....</b>	<b>134</b>
Вопросы к экзамену.....	134
Итоговый тест .....	136
<b>ИНФОРМАЦИОННО-СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ» .....</b>	<b>144</b>
Т.Б. Анисимова «Ваш ребенок идет в школу» .....	144
Л.С. Выготский Собрание сочинений .....	148
З.Е. М Мастюкова. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция.....	159
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>218</b>
<b>ГЛОССАРИЙ.....</b>	<b>219</b>
<b>БИблиОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК .....</b>	<b>228</b>

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебно-методическое пособие «Психология детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития и задержкой психического развития» адресовано студентам очной и заочной форм обучения направления подготовки 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование (степень бакалавр), профиль «Логопедия», «Дошкольная дефектология», при работе с детьми, имеющими нарушения интеллектуальной сферы.

Основная цель издания – познакомить студентов с основами психологии детей с нарушениями интеллектуального развития и ЗПР как междисциплинарной области знаний; повышение компетентности студентов в области данной психологии и на этой основе их подготовка к деятельности с детьми с интеллектуальными нарушениями и задержкой психического развития.

Содержание пособия соответствует требованиям ФГОС ВО (3+) к подготовке специалистов по направлению «Специальное (дефектологическое) образование».

Пособие состоит из предисловия, введения, теоретического, контрольно-измерительных и информационно-справочных материалов, заключения, глоссария терминов, библиографического списка.

Первая глава раскрывает теоретические основы психологии детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития и ЗПР, рассматриваются актуальные проблемы специальной психологии, понятия «дети с отклонениями в развитии», «дизонтогенез» и типы психического дизонтогенеза, представлены основные категории психологии детей с нарушениями в развитии.

Во второй главе рассмотрены психические особенности детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития: познавательная, личностная и деятельностная сферы.

Третья глава посвящена психологии детей дошкольного возраста с задержкой психического развития, раскрыты особенности развития познавательной, личностной и деятельностной сфер.

Четвертая глава знакомит с особенностями обучения и воспитания детей дошкольного возраста с нарушениями интеллекта, раскрывает задачи и направления коррекционно-развивающего обучения и развития.

Пятая глава представляет особенности социальной адаптации умственно отсталых детей дошкольного возраста.

Шестая глава раскрывает проблему социальной адаптации детей дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Седьмая глава посвящена вопросам психологической помощи лицам с отклонениями в развитии.

Контрольные вопросы к тесту, которыми завершается изложение каждой темы, позволяют проверить степень усвоения материала.

Также представлены контрольно-измерительные материалы, которые включают вопросы к экзамену, итоговые тесты.

Глоссарий терминов содержит основные понятия из области психологии детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития и ЗПР, которые необходимо знать студентам при изучении основных вопросов данной науки.

Информационно-справочные материалы содержат статьи различных авторов по данной тематике.

В конце учебно-методического пособия представлен библиографический список, рекомендуемый для изучения.

## ВВЕДЕНИЕ

Цель данного учебно-методического пособия – сформировать профессиональные компетенции в вопросах психологии детей с нарушениями интеллектуального развития и задержкой психического развития.

Данная цель реализуется с помощью решения конкретных задач.

- изучить теоретические основы научной дисциплины,
- сформировать у студентов практические навыки при работе с детьми с отклонениями в интеллектуальном развитии и ЗПР,
- повысить компетентность логопедов и дефектологов при работе с детьми с нарушениями в развитии.

В учебно-методическом пособии представлены теоретико-методологические основы психологии детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития и задержкой психического развития, раскрываются психические особенности умственно отсталых детей дошкольного возраста и детей с задержкой психического развития, особенности обучения и воспитания детей дошкольного возраста с нарушением интеллекта и направления коррекционно-развивающего обучения и развития, рассматривается проблема социальной адаптации умственно-отсталых детей дошкольного возраста и детей с задержкой психического развития, а также анализируется психологическая помощь детям с отклонениями в развитии.

Материал адаптирован и предназначен для студентов очной и заочной форм обучения направления подготовки 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование (степень бакалавр), профиль «Логопедия», «Дошкольная дефектология», при работе с детьми, имеющими нарушения интеллектуальной сферы.

Учебно-методическое пособие состоит из предисловия, введения, теоретического, контрольно-измерительных и информационно-справочных материалов, заключения, глоссария терминов, библиографического списка.

# ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ПО КУРСУ «ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ»

## 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

### 1.1. Актуальные проблемы специальной психологии

1. К основным проблемам современной специальной психологии можно отнести продолжающийся рост числа аномальных детей, с изменением структуры отклонений: снижается количество слепых и глухих детей, но непрерывно растет количество интеллектуальных нарушений. Первое связывают с прогрессом в области медицины, а второе - с увеличением злоупотребления алкоголем, с распространением наркомании и токсикомании. Все это определяет необходимость дальнейшего увеличения числа специальных учреждений коррекционно-педагогической службы.

2. Только 8-9% сотрудников специальных учреждений имеют специальное образование. Это требует увеличения объема подготовки и специализации по специальной психологии и коррекционной педагогике при университетах.

3. Значительно увеличилось количество сложных и смешанных отклонений развития. Это значительно утяжеляет нарушения, осложняет возможности их диагностики и коррекции; требует более дифференцированного подхода к их диагностике и коррекции. В связи с усилением асоциальных явлений в обществе увеличилось количество детей с девиантным поведением и сирот, детей-инвалидов для которых организуются специальные типы учебных заведений.

4. Важное значение в связи с ростом благосостояния определенной категории лиц начинает выполнять специальное домашнее обучение, осуществляемое без изоляции ребенка от семьи и семейного воспитания, что обеспечивает более адекватное развитие его психики. Это уменьшает возможность формирования различных форм депривации.

#### 1.1.1. Тенденции развития специальной психологии

- в настоящее время 45% детей с ограниченными возможностями учатся в общеобразовательных школах, что определяет приоритеты специального образования;

- активно развивается специальная система домашнего обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии и школы надомного обучения (особенно для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата);

- внедряются формы постинтернатной адаптации выпускников (умственно отсталых, слепых, глухих и др.), обеспечивается их профессиональное образование;

- создаются дошкольные варианты компенсирующего обучения для ранней коррекции и адекватной подготовки детей группы риска к общеобразовательной школе;

- отмечается смещение акцента в научных исследованиях и методологии образовательных учреждений с познавательной сферы в сторону развития эмоционально-личностной сферы детей с ограниченными возможностями;

- предполагается обязательное включение родителей в процесс коррекции отклонений в развитии;

- расширение образовательного пространства от рождения до пожилого возраста;
- создание системы психологического, трудового, социального сопровождения после окончания специальных школ; предлагается современная модель социализации выпускников;
- организация учреждений комбинированного типа, когда одновременно учатся дети с несколькими формами отклонений в развитии), особенно в небольшом городах;
- предлагается в рамках деятельности ПМПК и консилиумов школ комплексная технология диагностики отклонений в развитии (педагогическая, психологическая, медицинская, нейропсихологическая и т.д.);
- новый подход к коррекции детей со сложными дефектами (слепоглухонемые, имбецилы, умственно отсталые с двигательными нарушениями и др.);
- предлагается современный коммуникативно-деятельностный подход к образованию детей с отклонениями в развитии; в частности, разрабатывается направление специальной психологии коммуникации;
- это предполагает переход от освоения ЗУН к общению, социальной адаптации при сохранении индивидуальности учащегося; формирование индивидуального мира детей – индивидуально-центрированный подход;

### **1.1.2. Основные методы специальной психологии**

**Метод** – это общая стратегия, общий путь получения фактов, который определяется задачей и предметом исследования.

**1. Наблюдение** – это научно-целенаправленное и определенным образом фиксируемое восприятие исследуемого объекта.

Наблюдение бывает: **1.Сплошное** и **выборочное**. Сплошное охватывает одновременно многие стороны поведения ребёнка. Выборочное – изучение одной стороны поведения. **2.Скрытое** и **включенное**. **3.Одноразовое** и **длительное**.

**2. Эксперимент** – это активное вмешательство исследователя в деятельность испытуемого с целью создания условий, в которых выявляется какой-либо психологический факт.

Эксперименты бывают естественными, лабораторными. **Естественный эксперимент** характеризуется незначительными изменениями обычных условий обучения и воспитания. При этом типе эксперимента стараются минимально изменять условия, в которых протекает интересующий диагноста психический феномен. Естественный эксперимент предполагает проведение исследования под контролем экспериментатора, но в естественных условиях. **Лабораторный эксперимент** проводится в помещении, специально приспособленном для точного проведения опыта, контроля всех воздействий на испытуемого и регистрации его ответов и действий. Лабораторный эксперимент отличается строгой стандартизацией условий, позволяющих максимально изолировать исследуемое явление, отвлечься от изменяющихся условий окружающей среды.

И лабораторный, и естественный эксперименты могут быть *констатирующими и формирующими*.

При **констатирующем** эксперименте изучаются лишь необходимые психологические явления; в процессе **формирующего** развиваются определенные качества испытуемых.

**3. Анализ продуктов деятельности**. В качестве продуктов учебной деятельности могут рассматриваться сочинения, дневники, альбомы по рисованию, журналы и т.п.

**4. Тесты** – стандартизированные методы, т.е. предлагаемые в них задания, оценка,

условия проведения строго регламентированы и единообразны. Их результаты ни в коей мере не должны зависеть от того, кто проводит тест и обрабатывает результаты. **Тесты** – это система специально подобранных заданий, которые предлагают в строго определённых условиях.

**5. Опросники** – это тип методик, состоящих из набора пунктов, не имеющих правильного ответа и характеризующихся только их частотой и направленностью. В отличие от тестов в опросниках ответы не квалифицируются как «правильные» или «неправильные». Они должны отражать отношение человека к тем или иным явлениям, меру его согласия или несогласия с предлагаемыми высказываниями.

**6. Анкетирование.** Анкета – методическое средство для получения первичной социально-психологической информации на основе вербальной коммуникации. Анкета представляет собой набор вопросов, каждый из которых логически связан с центральной задачей исследования. Анкетирование представляет собой процедуру проведения опроса в письменной форме с помощью заранее подготовленных бланков. Анкеты самостоятельно заполняются респондентами, а затем производится их анализ. Анкеты предназначены для получения общей информации, касающейся истории жизни человека, его интересов, предпочтений, мнений по тому или иному вопросу. На их основании нельзя делать выводы об индивидуально-психологических особенностях человека. Формулировать психологический диагноз.

**7. Беседа или интервьюирование** – живое непосредственное общение с ребёнком, в результате которого складывается целостная картина состояния его психики, история развития, история жизни, сведения об условиях и образе жизни ребёнка. Этот метод требует тщательного расспроса самого ребёнка и его родственников и его родственников.

## 1.2. Понятие «дети с отклонениями в развитии»

Данное понятие имеет свою предысторию. В начале 20 века В.П. Кащенко предложил термин "**исключительные дети**", подчеркивая их психологическое своеобразие и значительный психологический потенциал, который может реализоваться при правильной коррекционной работе. После 1918 г. стал использоваться термин "**дефективные дети**", когда ведущее значение придавалось самому дефекту, и вся работа была направлена на его компенсацию. Дефект (от латинского "недостаток") отражает недостаточность определенных функциональных систем.

В 50-х годах в исследованиях по специальной психологии стало чаще применяться понятие "**аномальные дети**", в котором акцент делался не на самом дефекте, а на вызываемом им аномальном развитии. Оно является основной причиной социально-психологической дезадаптации ребенка. При этом необходимо учитывать, что аномалия нарушает развитие ребенка только при определенных условиях. Их появление сопровождается актуализацией дефекта с возникновением аномального развития в виде определенных психологических нарушений. Именно они и требуют специального обучения, воспитания и психокоррекции.

Последние 20 лет (в 80-е годы) стали отдавать предпочтение понятию "**дети с отклонениями в развитии**", т.к. специальное обучение распространилось и на умеренные нарушения в развитии, хорошо поддающиеся коррекции. Дети с отклонениями в развитии – учащиеся, у которых физические и психические отклонения приводят к нарушению общего развития и социально-психологической дезадаптации. При этом выделяют следующие категории детей с отклонениями в развитии:

- 1) дети с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, поздно оглохшие);
- 2) с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);

- 3) с тяжелыми нарушениями речи (логопаты);
- 4) с нарушениями интеллектуального развития (умственно отсталые дети, дети с ЗПР); понятие интеллектуальной недостаточности;
- 5) с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП);
- 6) с девиантным поведением;
- 7) с комплексными нарушениями психофизического развития (слепο-глухонемога, слепые умственно отсталые, глухие умственно-отсталые и др.).
- 8) дети-сироты;
- 9) дети-инвалиды;
- 10) дети группы риска (по школьной дезадаптации);
- 11) с эмоционально-волевыми нарушениями (акцентуации, психопатии, аутизм).

Сегодня широко используются понятия: «**дети с ограниченными возможностями**», «**дети с особыми нуждами**» в соответствии с международным подходом в специальной психологии и дальнейшей гуманизацией данной области знаний.

Различные отклонения в развитии отражаются на особенностях формирования социальных связей детей, их познавательных способностях и ограничениях в трудовой деятельности. Поэтому они различаются следующим образом:

1. По степени восстановления. В зависимости от характера нарушений одни аномалии могут полностью преодолеваются в процессе развития ребенка, другие лишь частично коррегироваться, а некоторые только временно компенсироваться.

2. По образовательному уровню детей. Одни дети могут овладеть только навыками самообслуживания, другие - элементарными общеобразовательными знаниями, третьи - полным курсом средней школы.

3. По профессиональной пригодности. Одни дети компенсируются в пределах социально-бытовой ориентации, другие – в условиях малоквалифицированного труда, третьи - способны к достаточно высококвалифицированной работе.

### ***1.2.1. Общие закономерности отклонений в психологическом развитии***

1. Отклонения в развитии ребенка характеризуются не только отрицательными признаками. Т.е. это не столько отклоняющееся, сколько своеобразное развитие. Поэтому в современных условиях очень справедливо понятие В.П. Кащенко - "исключительные дети". Отмечено, что их психическое развитие подчиняется общим законам формирования психики нормальных детей (В.И. Лубовский).

2. Такие нарушения, например, как слепота и глухота и др. обусловлены преимущественно биологическими изменениями. И чем более выражены структурные нарушения, тем менее эффективно педагогическое и психологическое воздействие на психическое развитие аномального ребенка.

3. «Воспитателю приходится иметь дело не столько с этими биологическими факторами, сколько с их социальными последствиями» (Л.С. Выготский). Т.е. коррекционный процесс во многом направлен на вторичные нарушения с использованием психолого-педагогического подхода, а первичные нарушения реабилитируются преимущественно медицинскими средствами.

4. В настоящее время рассматривается теория сложной структуры отклонений в развитии. Она подразумевает наличие первичного дефекта, вызванного биологическими

факторами, и вторичных нарушений, возникающих в ходе аномального развития. При этом различают несколько типов их взаимодействия.

А - прямое влияние. Например, глухота как первичная аномалия вызывает немоту - вторичные нарушения; у слепых детей вторичными является недостаточность пространственной ориентировки, амимичность лица, своеобразие характера; при первичной интеллектуальной недостаточности формируется вторичное недоразвитие свойств личности, характеризующихся завышенной самооценкой, негативизмом, невротическим поведением.

Б - обратное влияние. В определенных условиях вторичные нарушения могут оказывать негативное обратные действие на первичную аномалию. Так, ребенок с частичной потерей слуха не будет использовать его сохраненные функции, если не развивается устная речь.

В - коррекционные отношения. Чем в большей степени различаются между собой первопричина (первичные нарушения биологического происхождения) и вторичный симптом (нарушение в развитии психических процессов), тем эффективнее специальная коррекция и компенсация последнего. "Чем дальше отстоит симптом от первопричины, тем более он поддается воспитательному и лечебному воздействию" (Л.С. Выготский). Развитие высших психологических функций оказывается менее устойчивым, чем низших, элементарных психических процессов. Так, восстановить слух практически невозможно, но можно компенсировать речевые расстройства.

5. При исследовании вторичных отклонений отмечаются не только негативные, но и позитивные компоненты аномалии. На ее потенциальные компенсаторные возможности осуществляется опора при проведении коррекционной работы. Источником приспособления аномальных детей к окружающей среде являются сохраненные психологические функции. Например, глухой ребенок использует зрительный и двигательный анализатор; слепой ребенок активно применяет слуховой анализатор, осязание; у умственно отсталых детей активизируется практическое мышление.

6. На отклонение в развитии влияет степень и качество структуры первичного дефекта. Так, небольшая потеря слуха, приводит к незначительным нарушениям в развитии речи, а глубокое поражение слуха без специальной помощи сопровождается развитием немоты.

7. Своеобразие развития определяется также сроком возникновения первичных нарушений. Так, у слепорожденного отсутствуют зрительные образы; при потери зрения в младшем школьном возрасте ребенок сохраняет в памяти определенные зрительные представления об окружающем мире; у старшего школьника зрительные представления характеризуются достаточной полнотой и устойчивостью.

8. На своеобразие отклонений в развитии влияют также условия окружающей среды, особенно педагогические и микросоциальные условия. Поэтому особую важность имеет раннее выявление нарушений и своевременная их коррекция, т.е. создание необходимых условий для профилактики вторичных нарушений.

9. Процесс обучения и психокоррекции основывается не только на сформировавшиеся функции, но и на потенциальные: "Необходимо перевести зону ближайшего развития в зону актуального развития".

### ***1.2.2. Причины отклонений в развитии***

Отклонения в развитии делятся на следующие группы:

#### **1. По патогенезу (механизму патологических изменений)**

*1.1. Органические нарушения.* При этом в нервной системе можно обнаружить структурные, биохимические очаги поражения, связанные, с выраженным или длительным

воздействием на нервную ткань патогенного фактора или обусловленные наследственной предрасположенностью к ее повреждению.

*1.2 Функциональные нарушения.* Основаны на динамических расстройствах нервной деятельности, рассогласованности, неуравновешенности работы отдельных психологических систем и зон ЦНС. Это связано с повышенной возбудимостью или заторможенностью, а также с неустойчивостью функциональных систем.

## **2. По этиологии (причины патологических нарушений)**

*2.1 Наследственные нарушения.* Генетическое заболевание, в частности, проявляющиеся в нарушениях обмена веществ в ткани головного мозга. Наследуются определенные формы олигофрении, болезнь Дауна, глухота, слепота.

*2.2 Врожденные нарушения.* Аномалии, связанные с алкоголизмом и наркоманией родителей, неблагоприятным протеканием беременности, что вызывает развитие у ребенка, в частности, умственной отсталости.

Патогенные факторы, действующие на плод в период внутриутробного развития. Это инфекции, физические и психические травмы, токсикозы беременности, интоксикации: неправильное питание матери, ее эндокринные заболевания, бесконтрольный прием лекарственных препаратов; резус-несовместимость плода и матери.

### *2.3 Приобретенные аномалии*

А - Родовые (натальные) нарушения. Механические повреждения плода, внутримозговое кровоизлияние, асфиксия.

Б - Послеродовые (постнатальные) расстройства. Нейроинфекции (менингит, энцефалит, полиомиелит), черепно-мозговые травмы, сосудистые заболевания головного мозга.

### *2.4 Психогенные нарушения.*

А - социально-психологические нарушения, вызываемые, например, неблагоприятными семейными условиями воспитания ребенка (что вызывает, в частности, "педагогическую запущенность").

Б - индивидуально-психологические нарушения (как вторичное углубление психологических проблем, вызываемых самим ребенком); явления социальной и психической депривации; проблемы эмоционально-личностного развития ребенка.

**Факторами** называются постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака. Определим виды воздействий, влияющих на возникновение различных отклонений в психофизическом и личностно-социальном развитии человека.

Условия нормального развития ребенка, сформулированные Г. М.Дульневым и А. Р.Лурия.

**Первое** важнейшее условие – «нормальная работа головного мозга и его коры»; при наличии патологических состояний, возникающих вследствие различных патогенных воздействий, нарушается нормальное соотношение раздражительных и тормозных процессов, затруднено осуществление сложных форм анализа и синтеза поступающей информации; нарушается взаимодействие между блоками мозга, отвечающими за различные аспекты психической деятельности человека.

**Второе** условие – «нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов».

**Третье** условие – «сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром».

**Четвертое** условие – систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе.

### *1.2.3. Теория Л.С. Выготского о первичном и вторичном дефектах развития*

Понятие о первичном и вторичном дефектах было введено Л.С.Выготским. **Первичные дефекты** возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.) вследствие воздействия патогенных факторов. **Вторичные** имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им (нарушение речи у глухих, нарушения восприятия и пространственной ориентировки у слепых и др.). Чем дальше имеющееся нарушение отстоит от биологической основы, тем успешнее оно поддается психолого-педагогической коррекции.

В процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениями. Если на начальных этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является органический дефект, т.е. направление вторичного недоразвития «снизу вверх», то затем в случае несвоевременно начатой коррекционно-педагогической работы или при ее отсутствии, вторично возникшие явления психического недоразвития, а также неадекватные личностные установки, вызванные неудачами в различных видах деятельности, нередко начинают занимать ведущее место в формировании негативного отношения к себе, социальному окружению и основным видам деятельности. Распространяясь на все более широкий круг психологических проблем, вторичное недоразвитие начинает оказывать негативное влияние на более элементарные психические функции, т.е. направление патогенного влияния начинает идти «сверху вниз».

Л. С. Выготский подчеркивает, что несмотря то, что сам дефект есть факт биологический, ребенок воспринимает его опосредованно, через трудности в самореализации, в занятии соответствующей социальной позиции, в установлении отношений с окружающими. Другими словами наличие какого-либо органического дефекта не означает «дефективность» ребенка с позиции функциональной нормы развития. Влияние дефекта на самом деле всегда двойственно и противоречиво: с одной стороны, он затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой – служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток.

**Компенсация функций** (от лат. compensatio – возмещение) – восполнение или замещение функций, недоразвитых, нарушенных или утраченных вследствие дефектов развития, перенесенных заболеваний и травм. В процессе компенсации функция поврежденных органов или структур либо начинает осуществляться непострадавшими непосредственно системами путем усиления их деятельности (так называемая заместительная гиперфункция), либо происходит перестройка частично нарушенной функции (иногда с включением других систем). Компенсация является одним из важных видов адаптационных реакций организма.

Обычно в процесс компенсации вовлекается весь организм, поскольку при нарушении функционирования какой-либо системы возникает ряд изменений в организме, которые связаны не только с пострадавшей системой (первичные нарушения), но и с влияниями ее повреждения на другие, связанные с ней функции (вторичные нарушения). Например, врожденное или рано возникшее поражение органа слуха приводит к потере или нарушению слухового восприятия (первичный дефект), что вызывает нарушение развития речи (вторичный дефект), которое, в свою очередь, может стать причиной недостатков развития

мышления, памяти, других психических процессов (дефекты третьего порядка) и в конечном счете оказать определенное влияние на развитие личности в целом.

Компенсация функций может происходить на **разных уровнях**: внутрисистемном и межсистемном.

**Внутрисистемная компенсация** осуществляется за счет использования резервных возможностей данной функциональной системы. Например, при воспалении легких начинает работать дыхательная поверхность, обычно в дыхании не участвующая; при полном выключении одного легкого усиливается деятельность другого.

**Межсистемная компенсация** происходит при более грубых нарушениях функции и представляет собой более сложную перестройку деятельности организма с включением в процесс компенсации других функциональных систем.

Компенсация функций на уровне сложных психических процессов осуществляется путем сознательного переобучения, обычно с использованием вспомогательных средств. Например, компенсация недостаточности запоминания производится путем рациональной организации запоминаемого материала, привлечения дополнительных ассоциаций, введения других приемов мнемотехники.

#### ***1.2.4. Понятие о зоне ближайшего развития, сензитивных периодах***

**Зона ближайшего развития** - понятие, отражающее уровень **развития**, проявляющийся у ребенка в совместной деятельности со взрослым, но не актуализирующийся в его индивидуальной деятельности. Было введено Л.С. Выготским для определения специфики развития человека в онтогенезе. Согласно Выготскому, развитие ребенка происходит посредством присвоения человеческого опыта в сотрудничестве со взрослым. Выготский предлагает называть уровнем актуального развития ребенка степень зрелости, которой достигли функции ребенка, и называть зоной ближайшего развития процессы, которые еще не созрели, но находятся в стадии созревания. Если мы это будем различать и с помощью соответствующих разработанных методов сумеем определить, то мы увидим что процессы обучения и воспитания в каждом возрасте находятся в непосредственной зависимости не столько от уже наличных, организовавшихся и созревших особенностей ребенка, сколько от его особенностей, находящихся в зоне его ближайшего развития.

**Понятие о сензитивных периодах развития** или сензитивных возрастах ввел в науку Де Фриз, занимавшийся изучением онтогенеза животных. Сензитивными периодами развития он называет периоды, во время которых развивающееся животное оказывается особенно чувствительным по отношению к средовым влияниям определенного рода. Выготский распространил это понятие на обучение: для всякого обучения существуют оптимальные сроки. Отход от них вверх и вниз всегда оказывается, с точки зрения развития, вредным, неблагоприятно отражающимися на ходе умственного развития ребенка.

#### ***1.2.5. Общее и своеобразное в психическом развитии нормального и аномального ребенка***

**Понятие «Аномального ребёнка».** К аномальным относятся дети, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению нормального хода общего развития. Различные аномалии по-разному отражаются на формировании социальных связей детей, на их познавательных возможностях. В зависимости от характера нарушения одни дефекты могут полностью преодолеваются в процессе развития ребенка, другие подлежат лишь коррекции или компенсации. Развитие аномального ребенка, подчиняясь в целом общим закономерностям психического развития детей, имеет целый ряд собственных закономерностей. Выготский выдвинул идею о сложной структуре аномального развития

ребенка, в соответствии с которой наличие дефекта какого-либо одного анализатора либо интеллектуального дефекта не вызывает выпадения одной локальной функции, а приводит к целому ряду изменений, формирующих целостную картину своеобразного атипичного развития. Сложность структуры аномального развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего развития.

**Общие закономерности аномального развития.** Под закономерностью понимают объективно существующую, повторяющуюся существенную связь между явлениями. Существуют закономерности общие, отражающие общее для больших групп явлений, и специфические (или частные), действующие в какой-либо подгруппе явлений/

Знание общих закономерностей и специфических особенностей психического развития ребенка в условиях того или иного дефекта является одним из вопросов, на которых строится коррекционно-воспитательная работа для каждой категории аномальных детей. Фундаментальные исследования ведущих отечественных специалистов (Л.С. Выготский, Л.В. Занков, М.С. Певзнер, Ж.И. Шиф и др.), посвященные развитию восприятия, памяти, мышления, речи аномальных детей различных категорий, позволили сделать заключение о том, что психическое развитие детей с нарушениями слуха, зрения, интеллекта подчиняется тем же основным закономерностям, что и развитие нормальных детей. Выделяют следующие закономерности, общие для развития нормального и аномального ребенка:

1. Темп психического развития отличается неравномерностью, в разные периоды проходит ускоренно или замедленно.

2. Созревание психических функций происходит поэтапно, в каждом последующем возрастном периоде наступает их качественное преобразование и совершенствование. И в норме, и при патологии психическое развитие имеет поступательный поэтапный характер. Каждый этап завершается формированием принципиально новых качеств, которые становятся основой для развития на следующем этапе, что вновь приводит к скачкообразному появлению новообразований в психике, создающих базу для дальнейшего развития.

3. Психическое развитие ребенка зависит от его обучения и воспитания и от общения со взрослыми. Появление новых качеств невозможно без направленного обучения, которое более эффективно в сензитивные периоды развития как нормального, так и аномального ребенка. Общение как вид психической деятельности – необходимое условие формирования личности, ее сознания и самосознания. Общение со старшими для маленького ребенка служит единственно возможным контекстом, в котором он постигает и «присваивает» общечеловеческий опыт. Вот почему общение – главный фактор общего психического развития ребенка в норме и при отклонениях

4. Формирование и развитие психики происходит в различных видах деятельности. Ведущими видами деятельности для детей раннего возраста с нарушениями в развитии и без отклонений являются действия с предметами и игра. Игра рассматривается как одно из проявлений спонтанно развивающегося сознания, душевной жизни ребенка. Специфика игровой деятельности заключена в ее замещающем по отношению к настоящей деятельности взрослых характере.

**Специфические закономерности аномального развития.** Влияние органического дефекта на развитие психики проявляется в своеобразии аномального развития, которое имеет свои специфические закономерности. Изучение различных отклонений в развитии детей выявило, что для всех групп детей, имеющих нарушения, в той или иной мере характерны общие черты, одновременно отличающие их от нормально развивающихся сверстников.

Одна из первых закономерностей была выведена Л.С. Выготским, который сформулировал положение о том, что наличие первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, влечет за собой появление вторичных нарушений, возникающих в ходе последующего аномального развития. Таким образом, была показана причинная обусловленность изменения развития аномального ребенка: наступившее в том или ином звене нарушение закономерно в силу действия общих законов психологического развития влечет за собой изменение развития аномального ребенка, что проявляется в отклонениях, различных по своему характеру, силе и значимости у каждой категории аномальных детей. Однако общим для всех случаев является то, что возникшие изменения оказывают влияние на весь дальнейший ход развития ребенка.

Как доказано Т.А. Власовой, у аномальных детей наблюдается недостаточное развитие психических процессов – различные по характеру и глубине нарушения умственного развития, недостатки двигательной сферы, своеобразие речевого развития, что приводит к нарушению познания окружающего мира, изменению способов коммуникации и нарушению средств общения, трудностям социальной адаптации и обеднению социального опыта.

Выявлена зависимость количественного и качественного своеобразия вторичных нарушений от степени и качества первичного дефекта: чем тяжелее первичный дефект, тем более ярким будут проявления вторичных нарушений, а также наличие зависимости между степенью выраженности возникающих нарушений и временем воздействия на организм ребенка патогенного фактора. Чем раньше возникает первичный фактор, тем менее благоприятной будет картина последующего развития.

Общей закономерностью для всех аномальных детей являются затруднения во взаимодействии с окружающей средой и, прежде всего, с людьми. Трудности социальной адаптации, затруднения во взаимодействии с социальной средой впервые были обозначены как общая закономерность аномального развития Л.С. Выготским. Дальнейшее изучение этой закономерности привело к уточнению и конкретизации ее содержания.

Однако в развитии аномальных детей имеются и положительные закономерности. Наличие компенсаторных возможностей психики аномального ребенка, связанных со способностью нервной системы к перестройке функциональной деятельности при поражениях, и является такой положительной закономерностью. Многочисленные отклонения в развитии аномальных детей при благоприятных условиях обучения и воспитания корригируются, исчезая совсем или приобретая иное качественное выражение. Возможности компенсации, широко реализующиеся при благоприятных условиях коррекционного воспитания и обучения, сглаживаются и в известной мере устраняют неравномерность психического развития у аномальных детей. Одна из важнейших таких закономерностей была сформулирована Л. С. Выготским о возникновении в процессе развития аномального ребенка вторичных симптомов. Им же отмечалась общность разных форм аномального развития, которая проявляется в родственных затруднениях взаимодействия со средой.

### **1.3. Понятие «дизонтогенез» и основные типы психического дизонтогенеза**

Термин «дизонтогенез» (от греч., «dys» - приставка, означающая отклонение от нормы, «ontos» - сущее, существо, «genesis» - развитие) впервые был употреблен Швальбе в 1927-м году для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального хода развития. В отечественной дефектологии данные состояния объединяются в группу нарушений (отклонений) развития.

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 термин дизонтогенез - отклоняющееся от условно принятой нормы индивидуальное развитие. Психический дизонтогенез - нарушение психики в целом или ее отдельных составляющих, а также нарушение соотношения темпов и сроков развития отдельных сфер и различных компонентов внутри отдельных сфер.

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 потребностей в коммуникации, наблюдаемой 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, при 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 стойк 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, отдельных свойств личности.

**Асинхрония**, как 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.

К основным проявлениям **асинхронии** относят следующие:

**1. Явления ретардации** - незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм, характерные для олигофрении и задержки психического развития.

**2. Явления патологической акселерации** отдельных функций, например, чрезвычайно раннее (до 1 года) и изолированное развитие речи при раннем детском аутизме.

**3. Сочетание явлений патологической акселерации и ретардации** психических функций, например, сочетание раннего возникновения речи с выраженным недоразвитием сенсорной и моторной сферы при раннем детском аутизме.

### *1.3.1. Классификация психического дизонтогенеза В.В. Лебединского*

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

Наиболее типичной моделью психического недоразвития являются состояния олигофрении. **Олигофрения** (от греч. «olygos» - малый, «phren» - ум) - особая форма психического недоразвития. Она выражается в стойком снижении познавательной деятельности у детей вследствие органического поражения головного мозга в перинатальный и ранний постнатальный периоды.

**2. Задержанное психическое развитие** - замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с фиксацией на более ранних возрастных этапах. М.б. вызвано генетическими факторами, хроническими заболеваниями, инфекцией, интоксикацией, травмами мозга, психогенными факторами (неблагоприятными условиями воспитания) в период до 3-х летнего возраста (пример - инфантилизм). Характерны парциальность, мозаичность поражения с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем. Это отличает задержанное развитие от недоразвития по типу олигофрении и определяет лучший прогноз динамики развития и коррекции.

**3. Поврежденное психическое развитие.** Связано с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга и отличается парциальностью расстройств.

Характерной моделью поврежденного психического развития является органическая **деменция**. Структура дефекта при органической деменции определяется фактором повреждения мозговых систем в отличие от клинико-психологической структуры олигофрении, отражающей явления недоразвития. Здесь нет тотальности, нет иерархичности нарушения психических функций, характерных для олигофрении. 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.).

Г. Е. Сухарева (1965), исходя из специфики клинико-психологической структуры, выделяет четыре 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 выступает 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 встречаются два последних типа органической деменции в детском возрасте.

**4. Дефицитарное психическое развитие.** Оно 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, ряде эндокринных заболеваний и т. д.). Первичный дефект анализатора либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению ряда других, связанных с пострадавшей опосредованно.

Наиболее показательной моделью аномалий развития по дефицитарному типу является психический дизонтогенез, возникающий на почве поражений сенсорной либо моторной сферы.

**5. Искаженное психическое развитие.** Сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие в ряд качественно новых патологических образований, не присущих каждому из входящих в клиническую картину виду нарушенного развития. Искаженное развитие наблюдается при процессуальных расстройствах, раннем детском аутизме.

РДА - это болезненное состояние психики ребенка, характеризующееся сосредоточенностью на своих переживаниях, уходом от реального внешнего мира.

**6. Дисгармоническое психическое развитие.** По своей структуре напоминает искаженное развитие. 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 ряд психопатий и так называемые патологические формирования личности.

Ядерную группу этих состояний составляют конституциональные психопатии, как правило имеющие наследственное происхождение. Сюда относятся шизоидные, эпилептоидные, циклоидные, психастенические и в значительной части истерические психопатии. Большинство психопатий формируются как клинически выраженные варианты в юношеском и зрелом возрасте.

### *1.3.2. Параметры дизонтогенеза*

**1. Возрастная обусловленность дизонтогении.** В ходе индивидуального развития ребенка постоянно идет борьба между незрелостью его структур и фондом роста или развития. В зависимости от преобладания первого или второго фактора при одних и тех же условиях в одних случаях можно ожидать более устойчивые патологические изменения, а в других – более легкие и поддающиеся коррекционно-педагогическому воздействию. Наиболее уязвимыми периодами детства является период «первичной незрелости» организма в период до трех лет, а также период перестройки организма в период пубертата, когда уже гармонически сформировавшиеся системы детского организма вновь утрачивают состояние равновесия, перестраиваясь на «взрослое» функционирование.

Согласно клинко-психологическим материалам, наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие воздействия повреждающих вредностей в период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга, т.е. на ранних этапах эмбриогенеза, в первой трети беременности.

В период дошкольного и младшего школьного возраста (3 – 11 лет) детский организм представляет собой систему, более устойчивую к стойким необратимым отклонениям.

Каждый возраст накладывает свой отпечаток на характер реагирования в случае патогенного воздействия. Это так называемые уровни нервно-психического реагирования детей и подростков на различные патогенные воздействия:

*сомато-вегетативный* (от 0-3 лет) – на фоне незрелости всех систем организм в этом возрасте на любое патогенное воздействие реагирует комплексом сомато-вегетативных реакций, таких, как общая и вегетативная возбудимость, повышение температуры тела, нарушение сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства;

*психомоторный* (4-7 лет) – интенсивное формирование корковых отделов двигательного анализатора, и в частности лобных отделов головного мозга, делает данную систему предрасположенной к гипердинамическим расстройствам различного генеза (психомоторная возбудимость, тики, заикание, страхи). Возрастает роль психогенных факторов – неблагоприятных травмирующих отношений в семье, реакций на привыкание к детским образовательным учреждениям, неблагоприятных межличностных отношений;

*аффективный* (7-12 лет) – на любую вредность ребенок реагирует с заметным аффективным компонентом – от выраженной аутизации до аффективной возбудимости с явлениями негативизма, агрессии, невротическими реакциями;

*эмоционально-идеаторный* (12-16 лет) – ведущий в препубертатном и пубертатном возрасте. Характеризуется патологическим фантазированием, сверхценными увлечениями, сверхценными идеями, такими, как идеи мнимого уродства (дисморфофобия, нервная анорексия), психогенными реакциями протеста, оппозиции, эмансипации.

Перечисленные выше реакции являются обостренной формой нормального возрастного реагирования на ту или иную вредность.

**2. Этиология нарушений.** Под **этиологией** понимают не только причины возникновения тех или иных нарушений, но и условия, которые способствуют их появлению. Так, экзогенные вредности в зависимости от наследственной предрасположенности, определяющей чувствительность мозговых структур к тем или иным воздействиям, могут привести к разным по тяжести отклонениям в развитии. Совпадение во времени различных влияний также приводит к неодинаковым конечным результатам. Среди причин, вызывающих ухудшение психического здоровья детей, на первом месте стоит поражение центральной нервной системы различной степени тяжести, на втором – хронические соматические заболевания.

**3. Интенсивность и распространенность патологического процесса.** Существенным условием выраженности той или иной патологии является интенсивность воздействия. С последним связана и распространенность болезненного процесса, характер сенсорных или интеллектуальных нарушений.

К локальным формам отклоняющегося развития принято относить дефекты отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речевой и двигательной сферы. К системным нарушениям разной тяжести относятся интеллектуальные дефекты – умственная отсталость и задержка психического развития.

**4. Степень нарушения межфункциональных связей (и иерархических координаций).** Отставание в развитии никогда не носит равномерного характера: при общем повреждении нервной системы в первую очередь чаще страдают те функции, которые находятся в это время в сензитивном периоде и, следовательно, обладают наибольшей неустойчивостью и ранимостью, затем функции, связанные с поврежденной. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стойки явления регресса и более вероятны явления распада. Поэтому профиль психического развития аномального ребенка часто будет состоять из сохранных, поврежденных и в разной степени задержанных в своем формировании психических функций.

Дефекты зрения и слуха возникают вследствие повреждения или недоразвития периферических звеньев соответствующего анализатора. При этом центральные отделы анализатора, корковые структуры, во многих случаях остаются сохранными, а изменение их функционирования может иметь вторичный характер, обусловленный депривацией (неупотреблением).

При рассмотрении природы речевой патологии принято считать, что во многих случаях оказываются затронутыми лишь специфические речевые корковые зоны, а в целом деятельность мозговых структур, обеспечивающих неречевые психические функции, остается сохранной.

## **1.4. Основные категории психологии детей с нарушениями в развитии**

### ***1.4.1. Понятие дефекта развития***

**Дефект развития** - это физический или психологический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка. Выделяют следующие формы дефектов: нарушения зрения (слепота, слабовидение), нарушения слуха (глухота, тугоухость), двигательные нарушения (ДЦП, полиомиелит, нарушения осанки), интеллектуальные нарушения (олигофрения, ЗПР), нарушения речи (дислалия, алалия, афазия и др.), сложные дефекты (глухонемого, слепоглухонемого).

В структуре дефекта различают его отрицательные признаки, как недостаточность определенной функции пораженной системы, нарушающей развитие; положительные признаки как заместительное или компенсаторное усиление функции непораженной системы, связанной с первой. Положительные тенденции являются результатом приспособления или адаптации ребенка к окружающей среде для выполнения в ней адекватной деятельности. Степень их развития зависит от соответствующих условий воспитания и обучения ребенка. При использовании целенаправленной опоры на сохраненные функции, их дополнительном развитии за счет специальных методов воспитания и обучения компенсируются их биологически обусловленная недостаточность.

В результате у слепого ребенка обостряется слух, осязание, обонятельная и температурная чувствительность, которые помогают ему ориентироваться в окружающем пространстве. Глухой ребенок может воспринимать движение, музыку с помощью вибрационных ощущений. Это способствует не только компенсации утраченной функции, но обеспечивает особые (в том числе, профессиональные) свойства личности, специальные способности.

Особенности нарушения физического и психического развития влияют на весь процесс познавательной деятельности, придавая ему специальный психологический характер, который учитывается в их обучении. Аномальная форма психофизического развития ведет и к формированию особого типа личности, требующего специальной воспитательной работы.

### ***1.4.2. Современная типология детей с девиацией***

1) **Дети с отставанием в развитии (5-12%)**. Этот тип осложненных девиаций обусловлен выраженной стойкой медицинской патологией; то, что можно обозначить как патологическое развитие вследствие болезни. К этой тяжелой форме девиации можно отнести осложненные сенсорные и интеллектуальные девиации, ДЦП, поведенческие и речевые нарушения.

Отставание в развитии («ретардация») охватывает в психологическом отношении преимущественно уровень индивида, т.е. психофизиологической организации систем ребенка. Основная технология воспитания и обучения – лечебная.

Работа ведётся с действительно больными детьми, имеющими выраженную соматическую, неврологическую или психиатрическую патологию. Обучение и воспитание поэтому проводится преимущественно в условиях медицинских учреждений. Особенности работы лечебного педагога заключается в восполнении социальной, семейной депривации, что особенно важно в раннем дошкольном возрасте. Он уменьшает психотравмирующее влияние операций, процедур; обеспечивает психолого-педагогическую поддержку детей, длительно находящихся на постельном режиме.

2) **Дети с отклонениями в развитии (7-8%)**. Данный тип выраженной девиации связан с дефектологическими, чаще врожденными отклонениями (или дефицитарным развитием). При этом имеется стойкий дефект функциональных систем, но без текущей медицинской патологии. Т.е. в этом случае нет собственно болезни, а есть необратимая дефицитарность определенных функций.

К этой группе относятся дети слепые и слабовидящие; глухие и слабослышащие; с дебильностью; ДЦП с самообслуживанием; выраженные речевые и поведенческие нарушения.

По механизму отклонения развития – это ретардация на уровне индивида. Она требует коррекционных технологий воспитания и обучения, обычно в условиях специальных образовательных учреждений, реже специальных классов. Часто они ограничиваются начально-приспособительным обучением.

3) **Дети с проблемами в развитии (30-45%)**. Это тип детей с умеренной девиацией, проявляющейся как дефицитарное состояние. Он формируется в результате «прерывания» (интерапции) развития субъектного уровня ребенка. К этому типу относятся умеренные девиации зрения, слуха, ЗПР; умеренные моторные, речевые и поведенческие девиации.

Данная категория детей требует развивающего обучения и воспитания, ускоряющего дальнейшее становление субъекта. Обычно реализуется в рамках специальных классов КРО в общеобразовательных учреждениях, реже в обычных классах. Функционально эти дети относятся к собственно коррекционной педагогике, составляя одну из основных по численности группу.

4) **Дети с проблемами обучения (40-50%)**. Это наиболее многочисленная группа детей, выделяемая только в современных условиях развития специальной педагогики. Отмечается слабовыраженная девиация на фоне социально-психологической дезадаптации. Может рассматриваться как дефицитарная реакция. Она связана с декомпенсацией индивидуальности ребенка, т.е. нарушениям наиболее сложно организованного психологического уровня. Сюда относятся слабовыраженные сенсорные, интеллектуальные, моторные, поведенческие и речевые девиации.

Особый вид обучения и воспитания – компенсирующий; осуществляется в условиях обычного класса общеобразовательного учреждения. Для этого используются специальные группы для дополнительной психолого-педагогической работы. В ряде случаев организуются специальные классы компенсирующего обучения.

Так, ведущий специалист по компенсирующему обучению Г.Ф.Кумарина (1997), называет эту девиацию «школьной дезадаптацией», а детей относит к группе риска. При этом выделяются три ее формы:

1) группа академического риска

- дефицит развития школьных навыков (счет, письмо, чтение);
- недостаточность психофизиологических функций (умеренные сенсорные, моторные нарушения);
- речевые проблемы;
- педагогически запущенные; «не желающие учиться» (не имеющих учебной мотивации);
- со специальными проблемами развития.

2) группа социального риска

- социально депривированные дети;
- с недостатками характера;

- с умеренными физическими недостатками и физиологическими нарушениями.
- 3) группа риска по здоровью (хронически больные).

Выделяют по характеру данной девиации следующие формы:

1) **дети с психическими проблемами обучения.** Девиация связана с психоэмоциональной декомпенсацией ребенка (декомпенсация индивидуальности). Требуются психолого-сберегающие технологии обучения и воспитания в группе психической поддержки общеобразовательных учреждений и реабилитационных центров; которая осуществляется при участии квалифицированного врача-психиатра или психотерапевта (не желание учиться, аутизм; недостатки характера и депривация с психическими проявлениями психопатического и акцентуированного круга).

2) **дети с психологическими проблемами обучения.** Девиация развивается в связи с кризологической декомпенсацией индивидуальности на фоне возрастного, динамического или ситуативного кризиса развития.

3) **дети с педагогическими проблемами обучения.** Девиация формируется в результате педагогической субкомпенсации индивидуальности. Они требуют использования образовательно-сберегающих технологий в группе педагогической поддержки, восстанавливающих учебную мотивацию ребенка, способствующих актуализации и реализации потребности в обучении. К этой группе относятся дети с педагогической запущенностью; «не умеющие учиться» и т.д.

4) **дети с валеологическими проблемами обучения.** У них девиация развивается при валеологической дезадаптации личности ребенка. Требуется применение здоровьесберегающих технологий воспитания и обучения в группе валеологической поддержки. Сюда относятся «группа риска по здоровью» с хроническими заболеваниями, затрудняющими обучение.

### ***1.4.3. Психологическая компенсация***

**Психологическая компенсация** - (от латинского "возмещение, уравнивание") - это сложный процесс замещения или перестройки нарушенных функций. В основе перестройки нарушенных функций лежат механизмы приспособления психофизических систем человека к изменяющимся условиям внутренней и внешней среды.

При этом приспособление связано с процессами достижения равновесия этих систем со средой. Для этого перестраиваются или внутренние психологические связи человека или социальные связи с окружающим миром. Изменение имеющихся связей обеспечивает:

- 1) восстановление адекватных функций мозга и органов (биологическое приспособление);
- 2) восстановление функций соответствующих психологических систем (психологическое приспособление);
- 3) восстановление функций общения, учебной деятельности (социальное приспособление). Восстановление данных функций положительно изменяет личность в целом, и способствует уравниванию ее состояний, свойств, обеспечивает оптимизацию ее деятельности в соответствии с требованиями среды.

Компенсация развивается в случае активации защитных сил и мобилизации потенциальных ресурсов организма, повышения сопротивляемости патологическому процессу. Поэтому она зависит от степени сохранности данных свойств, а они в свою очередь - от длительности заболевания или действия неблагоприятных факторов. Психологическое воздействие способствует высвобождению потенциальных возможностей, эмоционально активизирует личность, мотивирует ее на изменение своего отношения к имеющейся аномалии, указывает пути совместной деятельности. Роль психологической опоры в восстановлении функций играют не только психолог, но и сверстники, родители, учителя.

Другой процесс - **замещение утраченных функций**, который осуществляется не с помощью ресурсов самой пораженной системы, а с помощью других систем, которые берут на себя функцию первой. Это могут быть: 1) другие зоны мозга, связанные с пораженной зоной; 2) другие ВПФ, ассоциированные с нарушенной ВПФ; 3) внешние инструментальные приспособления, искусственно усиливающие сниженную функцию (слуха, зрения); 4) специальные пособия для обучения, коррекционные материалы и методики. Здесь компенсация связана с коррекцией, которая может осуществлять восполнение нарушенной функции с помощью специальных методов обучения и воспитания.

Выделяют также **псевдокомпенсацию или ложную компенсацию**, когда пораженная функция временно оказывается компенсированной, а затем снова декомпенсируется. Псевдокомпенсация возникает также в случаях отказа ребенка от выполнения обычной деятельности, в которой может проявиться недостаточность данной функции. Если он осуществляет данную деятельность (например, учебную), то скрытая недостаточность функции становится явной, что связано с отсутствием истинной ее компенсации. **Декомпенсация** - процесс обратный компенсации и связанный с повторным нарушением ранее восстановленной функции.

**Сверхкомпенсация** связана с чрезмерным замещением или усилением нарушенной функции, когда ее недостаточность преобразуется в избыточность. Компенсаторная избыточность функции также как и недостаточность проявляется ее нарушением, что также способствует возникновению отклонения в развитии, но противоположного по своим свойствам (гиперфункция).

#### ***1.4.4. Депривация***

С позиции современной специальной психологии одной из ведущих причин отклонений в развитии является депривация или изоляция. **Депривация** - это ограничение определенных функций организма, ведущее к задержке их развития. Данное ограничение может вызываться: 1) аномалией отвечающей за эту функцию системы; 2) отсутствием внешних условий для реализации функции. В зависимости от характера депривации выделяют следующие формы:

##### **1. Сенсорная депривация**

Глубокие нарушения зрения и слуха у ребенка изменяют взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов в его психическом развитии. Прежде всего, нарушается биологическое созревание структур мозга в условиях выраженной сенсорной депривации (изоляции).

Созревание ЦНС зависит не только от генетического фактора, но и от внешних воздействий. Они воспринимаются сенсорными системами и в виде афферентной информации передаются в центральные отделы анализаторов.

Ограничение специфической сенсорной информации вызывает депривационный (изолирующий) эффект в корковых нейронах. В частности, в зрительной зоне коры головного мозга при слепоте отмечается гибель части нейронов, нарушаются имеющиеся связи между сохранившимися нейронами; снижается общий уровень функционирования других нейронов.

Уменьшение числа и ослабление функциональных связей в проекционных отделах сенсорных систем вызывает не только снижение их функции, нарушая формирование в онтогенезе их нейрофизиологические механизмы, но вызывает нарушение и высших психических функций и интегративной функции мозга

## **2. Интеллектуальная депривация**

Помещение ребенка в условия искусственной сенсорной изоляции, когда ограничивается поступление информации от сверстников, родителей, окружающей социальной среды. Это оказывает выраженное негативное воздействие на формирование интеллекта. Поэтому с младенческого возраста рекомендуется использование различных сенсорных стимулов для активации его психических функций.

Интеллектуальная депривация связана, с одной стороны, с внутренней невозможностью реализации адекватных функций мышления (наличие аномалии развития мозга); с другой стороны, с ограничением интеллектуального взаимодействия с окружающими. Интеллектуальная депривация может быть вторичной по отношению к сенсорной. Она формируется вследствие недостаточного поступления информации о внешнем мире, общем снижении активности мозга и всех психических процессов.

## **3. Социальная депривация**

Она вызывается неблагоприятными условиями жизни и воспитания, следствием которых являются нарушения сенсорного развития, общения с окружающими, задержка умственного развития с формированием соответствующих свойств личности. В состоянии социальной изоляции ребенок испытывает чувство одиночества, ощущения повышенной тревожности, чувство небезопасности, внутреннего напряжения, дискомфорта, страха перед окружающим миром.

### ***1.4.5. Реабилитация аномального ребенка***

*Отличия вторичных отклонений в развитии от первичных*

1) **По времени возникновения** (первичные нарушения развиваются раньше).

2) **По структурно-функциональному принципу** (первичные чаще связаны с поражением определенных структур и поэтому называются органическими (или биологическими)), а вторичные обусловлены преимущественно изменением функции определенных систем и характеризуются как функциональные (или психоэмоциональные).

3) **По действию повреждающего фактора** (повреждающий фактор непосредственно действует на структуры, вызывая их первичное морфологическое нарушение; вторичные изменения функции косвенно связаны с отсроченным действием неблагоприятного фактора (эффект последствия), а в большей степени - с новыми патогенными условиями и вторично запускаемыми патогенными механизмами в организме).

4) **По характеру компенсаторных возможностей** (первичные отклонения связаны с исходно формирующейся недостаточностью определенной системы. Нарушения носят стойкий характер, но может компенсироваться в функциональном плане, не вызывая отклонений в развитии. Вторичные отклонения проявляются как нестойкие изменения).

Основной задачей специальной психологии является своевременная профилактика, коррекция и реабилитация вторичных нарушений.

Наличие органической аномалии вызывает вторично нарушение определенных функций. Они, в свою очередь, сопровождаются различными видами психической дезадаптации - (с латинского "нарушения пригодности, способности"), т.е. нарушениями психологических способностей ребенка, что сопровождается нарушением его приспособления к условиям определенных форм деятельности. При этом снижаются

показатели психологической работоспособности, обучаемости, трудовой, профессиональной деятельности, коммуникации.

**Реабилитация** (с латинского "восстановление пригодности, способности") - это целенаправленно осуществляемый процесс восстановления функций организма и психологических систем аномального ребенка в пределах его психофизиологических возможностей. Она представляет собой систему медико-психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию, компенсацию нарушенных психических функций, особенностей личностного и социального статуса ребенка.

#### **Существует несколько видов реабилитации:**

1) **Психологическая** - это психологическая коррекция психических отклонений, нарушений личности и поведения ребенка. Она предусматривает восстановление психического здоровья, устранение последствий негативных переживаний, психических травм, повышенной тревоги. Использует средства психодиагностики, консультирования, психокоррекции и компенсации.

2) **Медицинская** - это устранение или частичная компенсация отклонений развития с использованием медицинских средств восстановления нарушенных функций: лечебная физкультура, физиопроцедуры, медикаментозные средства и т.д.

3) **Педагогическая** - это применение методов специального воспитания и обучения аномального ребенка с целью формирования личности, обладающей определенным уровнем знаний, с возникновением дальнейшей профессиональной подготовкой.

4) **Социальная** - это применение средств социальной службы для интеграции аномального ребенка в социальную среду, приобщение его к общественной жизни и труду, приспособление к полноценной реализации себя как личности.

#### **1.4.6. Адаптация**

**Адаптация** - (от латинского "приспосаблию") - это приспособление строения и функций организма, его психологических систем к условиям среды. Выделяют несколько **форм адаптации:**

1) **Биологическая** - приспособление организма к изменяющимся условиям внешней среды: температуре, влажности, освещенности и т.д.; а также к изменениям в организме (внутренней среде): к соответствующим заболеваниям или ограничению функции органа.

2) **Сенсорная** - приспособление органов чувств к действующим на них раздражителям. Она достигается за счет увеличения или уменьшения абсолютной чувствительности как рецепторов, так и нервных центров анализаторов. Играет важную роль в компенсации аномалий зрения, слуха и т.д.

3) **Психологическая** - приспособление человека как личности к существованию в обществе в соответствии с социальными требованиями; а также к внутренней психологической жизни индивидуальности в соответствии с собственными потребностями, мотивами, интересами. Основные проявления психологической адаптации – это адекватное взаимодействие человека с окружающими и его активная продуктивная деятельность. Средствами ее достижения, в частности, являются образование, воспитание профессиональная подготовка; а при отклонениях в развитии – специальные технологии психокоррекции и реабилитации.

4) **Социальная** - это процесс активного приспособления индивидуальности к условиям новой социальной среды; или формирование индивидуального и группового поведения аномальных детей в соответствии с системой общественных норм и ценностей. Является интегративным показателем психологического состояния человека, отражающим его психологические возможности выполнять определенные социальные функции. Можно выделить следующие **показатели социальной адаптации**:

- 1) адекватное восприятие окружающей действительности и самого себя;
- 2) гармоничная система отношений и процесса общения с окружающими;
- 3) способность к трудовой деятельности, обучению, организации отдыха;
- 4) способность к самообслуживанию в семье и коллективе;
- 5) изменчивость поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями окружающих.

При этом важно значение имеет принятие личностью определенных социальных ролей. Неправильное представление о себе и своих социальных связях ведет к нарушению адаптации - **дезадаптации**, которая, проявляется социально-психологической изоляцией, снижением успеваемости, неадекватными взаимоотношениями со взрослыми и сверстниками.

#### *1.4.7. Интеграция (с латинского «объединение»)*

##### **Формы:**

1) **Психологическая** - достигается за счет компенсаторного объединения разрозненных ВПФ, для выполнения определенной психологической деятельности. Аномалия обычно вызывает психологическую дезинтеграцию с нарушением связей между различными ВПФ. В частности, эмоционально насыщенная, совместная деятельность и направляемая специальным психологом, позволяет интегрировать нарушенные ВПФ.

2) **Педагогическая** - объединение аномального ребенка с нормальными детьми в процессе воспитания и обучения. При этом ребенок не должен чувствовать себя изолированным в коллективе и адекватно участвует в совместной деятельности. Активно используется также домашнее обучение и воспитание, а также создание специальных классов в общеобразовательных учреждениях. Это позволяет не изолировать ребенка от семьи, от коллектива нормальных сверстников.

3) **Социальная** - определение аномального ребенка в соответствующий его возрасту социальный коллектив, с формированием правильного восприятия его со стороны сверстников и преподавателей. Создание позитивных социальных условий в семье, обеспечивающих личностную самореализацию ребенка. Профессиональная ориентация и подготовка аномального ребенка для выполнения определенной трудовой деятельности, других социальных функций в соответствии с его психофизиологическими возможностями.

#### *1.4.8. Характеристика девиантного поведения*

Отклонения в психическом развитии характеризуются обычно не прогрессирующим течением; и при правильном воспитании и обучении позволяют адаптировать ребенка в обычных социальных условиях. Но при воздействии ряда биологических факторов (дополнительные нейроинфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы); социальных факторов (конфликтные ситуации в семье, неправильное воспитание) прогноз отклонения в

развитии может ухудшаться. Формируются различные варианты социально-психологической дезадаптации и девиантное поведение.

Обычно это происходит в подростковом возрасте, когда наблюдается перестройка во всех психологических системах организма. И они становятся особенно чувствительными для патогенных биологических и социальных воздействий. При этом ведущее значение отводится психотравмирующим факторам, связанным с безуспешным пребыванием в массовой школе, неадекватным отношением сверстников и взрослых и т.д.

Среди типов нарушений поведения, наблюдаемых у подростков-девиантов, наибольшее значение имеют психопатоподобные расстройства, препятствующие социальной адаптации, и способствующие формированию асоциального поведения, вплоть до совершения преступлений. В настоящее время эта группа отклонений в развитии называется "девиантное поведение", или уклоняющееся от обычных социальных норм. Для данной категории детей в настоящее время организуются специальные учреждения.

## **Формы девиантного поведения (К.С.Лебединская, 1976)**

### **1. Психическая декомпенсация невротического типа**

Ее формирование связано с болезненным переживанием чувства собственной интеллектуальной неполноценности. У подростков отмечается повышенная чувствительность, неверие в свои возможности, страх перед будущим, преувеличенное переживание своих неудач. При этом снижается успеваемость. Во время устных ответов, контрольных работ они испытывают страх, растерянность. Они переживают особенности своей внешности: наличие косоглазия, микроцефалии, моторной неловкости и т.д.

Чувство неполноценности вызывает образование аутистических наклонностей - болезненного состояния психики, характеризующегося повышенной сосредоточенностью на своих переживаниях, уходом в себя от реальности внешнего мира. Они предпочитают быть одни, а в фантазиях компенсаторного типа они представляют себя красивыми и сильными, ориентируясь на свой идеальный образ-Я. Поступки, внешне носящие асоциальный характер, например попытки бродяжничества, носят характер защитных реакций.

### **2. Психическая декомпенсация психопатоподобного типа**

#### **2.1. Нарушения с преобладанием эмоционально-волевой неустойчивости.**

Отмечаются нарушения школьной дисциплины (снижение внимания на занятиях, раздражительность, склонность к немотивированным конфликтам, агрессии, систематическим прогулам). В дальнейшем формируется асоциальное поведение (ранняя алкоголизация, воровство, бродяжничество). Для них характерно отсутствие интереса к школьным занятиям. Обычно они состоят на учете в комиссии по делам несовершеннолетних. Наблюдается эмоционально-волевая незрелость, которая проявляется в отсутствии стойких привязанностей при большей общительности.

Основной мотив поведения - удовольствие: а любая деятельность, требующая волевых усилий вызывает отказ от нее. На уроках они расторможены, отмечается повышенная отвлекаемость. Любая их деятельность характеризуется импульсивностью, нетерпеливостью быстрой пресыщаемостью. Незрелые формы самоутверждения проявляются в примитивных вымыслах.

#### **2.2. Нарушения с преобладанием аффективной возбудимости**

Преобладание аффективной возбудимости и двигательной расторможенности сопровождается повышенной раздражительностью и склонностью к агрессивным действиям. Аффекты связаны с обостренным самолюбием, нетерпимостью к критике, негативизмом. Интеллектуальную недостаточность они стремятся компенсировать физическим

превосходством, утверждаясь агрессивным поведением. Возможны немотивированные колебания строения в виде дисфории со злобностью, подозрительностью.

Физически эти подростки более развиты, у них наблюдается более раннее и ускоренное половое созревание. Это подтверждает наличие патогенетической связи между аффективной возбудимостью и дисгармоничным бурным половым метаморфозом.

### **2.3. Нарушения с преобладанием патологии влечений**

Влечения носят непреодолимый характер, что определяет их образ жизни, часто препятствуя их пребыванию в школе. Наблюдается повышенная сексуальность, склонность к бродяжничеству, мелкому воровству, что сочетается с явлениями интеллектуальной недостаточности. Побегі принимают бесцельный характер, возникая в период дисфории. Отмечается ранняя, частая алкоголизация с развитием быстрого привыкания. В свою очередь это способствует развитию токсико- и наркомании. В тех случаях, когда патологическое влечение приобретает характер агрессивности, жестокости, садизма; дети совершают преступления. Внешне отмечаются признаки дисгармонии развития, связанной с половым метаморфозом.

### **1.4.9. Сложные аномалии в развитии**

Под **сложным дефектом** понимаются аномалии *развития* сенсорных функций в сочетании с интеллектуальной недостаточностью. Выделяют следующие группы детей со сложным дефектом:

- умственно отсталые глухие, или слабослышащие,
- умственно отсталые слабовидящие или слепые;
- слепоглухонемые;
- глухие слабовидящие.

Встречаются также дети с множественными дефектами - умственно отсталые слепоглухие; дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в сочетании с нарушением слуха или зрения.

Сложный дефект - это не просто сумма нескольких дефектов; он является качественно своеобразной психологической системой, имеющей структуру, отличающуюся от составляющих сложный дефект аномалий. Поэтому они требуют особо тщательного комплексного обследования в плане дифференциальной диагностики.

Необходимо также выделять комбинированные нарушения, когда отмечается сочетание умеренно выраженных отклонений в развитии. В настоящее время у большинства детей отмечается комбинированная форма отклонений в развитии.

*Дети с нарушениями интеллекта и слуха.*

У данных детей отсутствие или снижение слуха, особенно в раннем возрасте вторично вызывает снижение интеллекта по типу олигофрении.

*Дети с нарушениями интеллекта и зрения.*

В настоящее время отмечается снижение числа детей с тяжелыми нарушениями зрения, но одновременно наблюдается увеличение слабовидящих детей. На их фоне наиболее отчетливо стала выделяться группа детей, не усваивающих программу вспомогательной школы, у которых выявляется умственная отсталость, с постепенным ростом их числа (6,5 % в 1967 году, 17,3 % в 1981 году).

У умственно отсталых слепых дополнительно затрудняется процесс овладения чтением, письмом и счетом, что объясняется тем, что на фоне органического поражения

ЦНС компенсаторные возможности умственно отсталого ребенка снижены, и механизмы тактильного и слухового анализаторов без специальной работы в компенсаторную деятельность не включаются. Для формирования представлений, понятий и обобщений на уровне слова при обучении нормально видящих умственно отсталых обычно используются средства наглядности, а при обучении интеллектуально полноценных слепых - слово и специальные тифлографические наглядные пособия. Причем в обоих случаях требуется определенный уровень абстрактного мышления, который нарушен у умственно отсталых детей.

*Слепоглухонемые дети.*

Это наиболее сложная категория нарушений в развитии. К ней относятся не только дети полностью лишенные зрения, слуха и речи, но и с частичным поражением сенсорных функций: слепые с такой потерей слуха, которая препятствует усвоению речи на слух, и глухие с такой потерей зрения, которая препятствует зрительной ориентировке. Без специального обучения, лишенные сенсорной информации, они не развиваются адекватно в интеллектуальном плане, хотя у них есть для этого потенциальные возможности. Коррекционная педагогика позволяет им закончить среднюю школу. В учебных группах школы учащиеся получают образование в пределах 12 классов школы глухих или для некоторых выпускников в объеме 10 классов массовой школы. Поступив с 3-х лет в диагностическую группу, воспитанники заканчивают обучение к 19-20 летнему возрасту.

### Контрольный тест к 1 разделу

1. Л.С. Выготский разработал...

- А) теорию системного строения дефекта;
- Б) типологию нарушений психического развития;
- В) теорию патогенеза аутизма;
- Г) теорию психологической защиты.

2. К дефицитарному развитию относится развитие при:

- А) слепоте;
- Б) нарушении активности и внимания;
- В) тревожном расстройстве;
- Г) психопатии.

3. Что такое наблюдение?

А) научно-целенаправленное и определенным образом фиксируемое восприятие исследуемого объекта;

Б) активное вмешательство исследователя в деятельность испытуемого с целью создания условий, в которых выявляется какой-либо психический факт;

В) тип методик, состоящий из набора пунктов, не имеющих правильных ответов;

Г) метод, в процессе осуществления которого психолог или педагог изучает рисунки, поделки, сочинения и т.п. детей.

4. Какой ученый первым использовал термин «дизонтогенез»?

- А) Л.С. Выготский;
- Б) Швальбе;
- В) Эмиль Крепелин;
- Г) Иммануил Кант.

5. Исключите лишнее: к социальным патогенным факторам относятся:

- А) дефицит эмоционального опыта на ранних этапах развития;
- Б) микросоциальная ситуация в семье с социальной депривацией;
- В) педагогическая запущенность;
- Г) опухолевые образования.

6. Сколько уровней нервно-психического реагирования организма человека на неблагоприятные факторы существует?

А)5; Б)2; В)3; Г)4.

7. На каких уровнях осуществляется компенсация функций?

- А) внутрисистемная и межсистемная;
- Б) локальная и межсистемная;
- В) макро - и микровосполнение;
- Г) первичная и вторичная.

8. Какие периоды детства являются самыми уязвимыми к действию патогенных факторов?

- А) подростковый возраст;
- Б) дошкольный возраст;
- В) ранний возраст;
- Г) младший школьный возраст.

9. Какой характер носит органическая недостаточность мозга при олигофрении?

- А) усугубляющийся;
- Б) непрогрессирующий;
- В) прогрессирующий;
- Г) никакой вариант не подходит.

10. Что такое дизонтогенез?

А) нарушение психологического развития, обусловленное патогенными биологическими и социальными факторами;

- Б) отсутствие воспитания;
- В) комплекс органических повреждений головного мозга;
- Г) нарушение социализации детей с нарушениями в развитии.

11. Кто и в каком году впервые описал РДА?

- А) Дж. Сели, 1898;
- Б) Лебединская, 1985;
- В) Швальбе, 1927;
- Г) Каннер, 1943.

12. Укажите ученого, который разработал положения «о сложной структуре дефекта», об общих закономерностях развития аномального и нормального ребенка с опорой на зону ближайшего развития:

- А) Д.Б. Эльконин;
- Б) Е.О. Смирнова;
- В) Л.С. Выготский;
- Г) В.В. Давыдов.

13. Какая причина появления нарушений психического здоровья стоит на первом месте?

- А) поражение ЦНС;
- Б) хронические соматические заболевания;
- В) педагогическая запущенность;
- Г) заболевания после трех лет.

## 2. ПСИХИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

### 2.1. Основные понятия психологии умственно отсталых детей

**Психология умственно отсталых детей** (олигофренопсихология) – одно из направлений специальной психологии, предметом изучения является познавательная деятельность и личность у.о. ребёнка. Исследования направлены на определение присущих детям отклонений в психическом развитии, выявление имеющихся у них положительных возможностей и условий, способствующих их реализации.

**Олигофренопсихология** занимает определённое место на стыке многих наук. Её продвижение зависит от их успехов.

Психология у.о. детей исходит из тех современных **философских** концепций, которыми руководствуются исследователи, анализируя, обобщая и трактуя полученные ими материалы.

Основные психологические закономерности, подходы к изучению их взаимозависимостей определяются **общей психологией**.

Направления и этапы развития нормального ребёнка представлены в **возрастной психологии**. Эти сведения дают возможность сопоставить ход развития нормальных и у.о. детей и выявить специфику последних.

**Клиника олигофрении** осуществляет разносторонние наблюдения и исследования у.о. детей в медицинском аспекте, изучая их в определённых условиях, тем самым дополняя и уточняя их характеристику.

**Олигофренопедагогика**, разрабатывая систему коррекционно – направленного воспитания и обучения у.о. детей различных возрастов, теснейшим образом связана с изучением психологии этих детей. Она выявляет проблемы, решение которых требует психологических изысканий.

**Детская психиатрия** включает в сферу своей лечебной деятельности детей с у.о., поскольку значительная их часть имеет различные психические заболевания.

Физиология высшей нервной деятельности даёт материалы, объясняющие биологические причины отклонений в познавательной деятельности и личности у.о. детей.

**Умственно отсталые** – это дети, у которых в результате органических поражений головного мозга наблюдается нарушение нормального развития психических процессов (активного восприятия, произвольной памяти, словесно – логического мышления, речи).

Для у.о. характерно наличие патологических черт в эмоциональной сфере: повышенной возбудимости или, наоборот, инертности; трудностей формирования интересов и социальной мотивации деятельности.

У многих у.о. детей наблюдаются нарушения в физическом развитии: деформации формы черепа и размеров конечностей, нарушение общей, мелкой и артикуляционной моторики.

В отечественной психиатрии выделяют **3 группы этиологических факторов у.о.**

**1)** неполноценность генеративных клеток родителей, наследственные заболевания родителей, патология эмбриогенеза.

**2)** патология внутриутробного развития (воздействие инфекций, интоксикаций, травм).

**3)** родовая травма и постнатальные поражения ц-н-с.

Выделяются **3 диагностических критерия у.о.:**

- **клинический** (наличие органического поражения головного мозга),
- **психологический** (стойкое нарушение познавательной деятельности),
- **педагогический** (низкая обучаемость).

Понятие «у.о.» включает в себя такие **формы** нарушений, как «олигофрения», и «деменция».

**1)Олигофрения** – (от греч. – малый ум) термин был введен в XIX в. немецким психиатром Э Крепелином. В свое время Эскироль сравнивал ребёнка - олигофрена с «бедняком от рождения».

**Олигофрения** – это особая форма психического и умственного недоразвития, выражающаяся в стойком снижении познавательной деятельности у детей вследствие поражения ЦНС (коры головного мозга) в пренатальный (внутриутробный), натальный (при родах) или постнатальный (на самом раннем этапе развития до 3 лет) периодах.

При **олигофрении** имеет место раннее, обычно внутриутробное, недоразвитие головного мозга, обусловленное наследственными влияниями или различными повреждающими факторами окружающей среды, действующими в период внутриутробного развития плода, во время родов и в течение первого года жизни. При олигофрении отсутствует нарастание интеллектуального дефекта. Особенности проявления интеллектуальной недостаточности связаны лишь с возрастными закономерностями развития ребенка.

Для **олигофрении** характерно тотальное недоразвитие всех нервно-психических функций с преимущественной недостаточностью абстрактных форм мышления. Интеллектуальный дефект сочетается с нарушениями моторики, речи, восприятия, памяти, внимания, эмоциональной сферы, произвольных форм поведения.

Недоразвитие познавательной деятельности при **олигофрении** проявляется, прежде всего, в недостаточности логического мышления, нарушении подвижности психических процессов, инертности мышления. Слабость логического мышления заключается в низком уровне развития обобщения, сравнения предметов и явлений окружающей действительности по существенным признакам, в невозможности понимания переносного смысла пословиц и метафор.

Темп мышления замедлен, характерна инертность психических процессов, отсутствует возможность переноса усвоенного в процессе обучения способа действия в новые условия. Недоразвитие мышления сказывается на протекании всех психических процессов. В восприятии, памяти, внимании страдают прежде всего функции отвлечения и обобщения, т. е. всегда нарушаются компоненты психической активности, связанные с аналитико-синтетической деятельностью мозга. В эмоционально-волевой сфере это проявляется в

недостаточности сложных эмоций и произвольных форм поведения.

Интеллектуальный дефект отличается стойкостью, при тяжелых формах выявляется уже с первых месяцев жизни ребенка. При **олигофрении** выделяют три степени умственного недоразвития: дебильность, имбецильность и идиотию.

**1. Дебильность** – наиболее легкая по степени и наиболее распространенная форма олигофрении, с которой чаще всего приходится сталкиваться при отборе детей во вспомогательные школы. Дети с олигофренией в степени дебильности составляют основной контингент учащихся вспомогательной школы и количественно – подавляющее большинство ее учащихся. В диагностическом отношении эта форма иногда представляет определенные трудности, так как интеллектуальный дефект здесь выражен негрубо. Имеются элементы способности к обобщению. В дошкольном возрасте присутствует примитивный замысел в игре, возможность ее простейшей организации; в школьном – определенная оценка конкретной ситуации, ориентация в простых практических вопросах. Имеются фразовая речь, часто неплохая механическая память. Все это способствует приобретению определенного запаса сведений, овладению навыками чтения, письма, счета, усвоению знаний, предусмотренных программой вспомогательной школы. При отсутствии осложняющих факторов обнаруживаются достаточные старательность и работоспособность. Относительная сохранность эмоций, их более выраженная дифференцированность облегчают выработку самоконтроля.

Дебильности присущи все компоненты олигофренического недоразвития интеллекта.

Мышление имеет наглядно-образный характер. Подлинное образование понятий оказывается недоступным. Очень слаба способность к отвлечению и обобщению. Плохо понимается смысл прочитанного. Правильно воспринимая предметы и их изображения, дети, страдающие дебильностью, затрудняются в их сравнении, установлении существующих между ними внутренних связей. Это наглядно проявляется в эксперименте с сюжетными картинками, серией последовательных изображений, в операциях на классификацию. При обучении счету дети с трудом усваивают понятие количественного содержания числа, смысл условных арифметических знаков. Без предварительного разъяснения часто не понимают условие несложной задачи. При ее решении «застревают» на предшествующем способе действия. С трудом усваивают правила правописания.

Фразы примитивны, речь часто страдает аграмматизмами, косноязычием. Словесные определения, не связанные с конкретной ситуацией, воспринимаются медленно.

С интеллектуальным недоразвитием тесно связана незрелость личности. Отчетливо выступают несамостоятельность суждений и взглядов, отсутствие любознательности в игровой, познавательной и трудовой деятельности, слабость инициативы. При общей достаточной сохранности эмоциональной сферы нет сложных оттенков переживаний.

Отмечается недостаточность тонких дифференцированных движений, выразительности мимики.

При правильном воспитании и обучении, своевременном привитии трудовых навыков, отсутствии нервно-психических расстройств, осложняющих интеллектуальный дефект, социальный прогноз этой формы олигофрении благоприятен. При выполнении работы, не требующей инициативы, самостоятельности и быстрой переключаемости, обнаруживается достаточная продуктивность. Наличие практической ориентировки, заинтересованности в своем жизнеустройстве способствует приобретению трудовых навыков и сильной социальной адаптации.

**2. Имбецильность** – более тяжелая степень слабоумия, чем дебильность. Специфика и выраженность олигофренического слабоумия выступают при имбецильности с большей отчетливостью. Это прежде всего проявляется в полной неспособности к отвлечению от конкретной ситуации, образованию даже элементарных понятий. Суждения крайне бедны и

большей частью без переработки заимствованы от окружающих. Логические процессы находятся на очень низком уровне. Дети не в состоянии уловить основную идею прочитанного им рассказа, его содержание воспроизводят только по наводящим вопросам.

Недостаточность зрительного и слухового анализа и синтеза отчетливо проявляется в затруднениях при запоминании букв, сходных по написанию или звучанию, при слиянии звуков в слоги и слогов в слова. Чтение часто носит механический характер, понимание смысла прочитанного отсутствует. Возможно обучение порядковому счету в пределах первого десятка, механическое заучивание таблицы умножения. Отвлеченный счет, понятие о числе недоступны.

Запас слов мал, иногда ограничен названиями отдельных предметов. Речь маловыразительная, фразы короткие, аграмматичные. Нередко отмечается косноязычие.

Моторика малодифференцирована. Синкинезии, медлительность, вялость, неловкость движений усугубляют трудности овладения письмом, физическим трудом.

Для деятельности характерно отсутствие инициативы, самостоятельности, оперирование штампами, основанными на подражании. Доступны лишь те виды труда, которые состоят из стереотипного повторения одних и тех же заученных приемов. Интеллектуальная переработка собственного опыта отсутствует. Изменение рабочего или бытового шаблона вызывает состояние растерянности. Поэтому приспособление к жизни и элементарным видам труда возможно лишь при наличии постоянной помощи, контроля и руководства. В то же время этим детям нередко присуща определенная наблюдательность в бытовых ситуациях. Есть способность к накоплению некоторого запаса сведений. Часто доступны понимание и произнесение элементарных фраз, установление различия между предметами на основе выделения их простейших признаков. Возможно обучение элементам чтения, письма, простого порядкового счета. Есть элементарные навыки самообслуживания.

Относительно сохранены простые непосредственные эмоции, а также и проявления сочувствия, стремление помочь, реакция на похвалу и порицание. Имеются зачатки самооценки: переживание своей физической слабости, моторной неловкости.

При отсутствии осложненности олигофрении дети и подростки, страдающие имбецильностью, часто способны овладеть элементарными видами физического труда (простыми картонажными работами, подбором по цвету и размеру несложных деталей для различных бытовых изделий и т.д.). При тяжелой степени имбецильности обучение даже простым видам производственного труда невозможно.

Выраженность интеллектуального дефекта при имбецильности различна. При менее тяжелом слабоумии (наличии достаточно развитой речи, способности к приобретению элементарных практических навыков) дифференциация с дебильностью нередко представляет определенные трудности. В этих случаях детей целесообразно направлять в диагностические классы вспомогательных школ, где квалификация выраженности интеллектуального дефекта дается на основе определения степени обучаемости.

В физическом облике чаще, чем при дебильности, наблюдаются различные дисплазии телосложения, церебрально-эндокринные расстройства.

**3. Идиотия** – наиболее тяжелая степень олигофрении. Отмечается грубое недоразвитие функций восприятия. Реакция на окружающее слаба либо неадекватна. Сознание собственной личности смутно. Мышление по существу отсутствует (алогия).

В обращенной речи воспринимаются не ее смысл, а интонации и сопровождающие речь мимика и жесты. Особенности собственной речи зависят от глубины идиотии. Речь бывает ограничена отдельными нечленораздельными звуками или представляет собой набор единичных слов (существительных или глаголов, чаще в неопределенной форме), употребляемых без грамматических согласований, с грубым нарушением произношения, частым непониманием смысла.

Эмоции крайне элементарны и большей частью связаны с физическим самочувствием, физиологическими потребностями. Источником удовольствия и примитивных проявлений радости являются соматическое благополучие, ощущение сытости, тепла, удовлетворение патологических влечений (прожорливость, онанизм, сосание пальцев, жевание несъедобных предметов). Чувство неудовольствия вызывается ощущением холода, голода, боли, соматическим дискомфортом. Формы выражения аффекта примитивны: радость проявляется в двигательном возбуждении, выразительном крике и мимике; в состоянии злобы наблюдаются агрессия, склонность к самоповреждению. Аффект страха, проявления негативизма часто связаны с боязнью нового, неизвестного. Однако при более легких степенях идиотии у больных можно обнаружить зачатки социальных чувств: элементы привязанности к людям, которые их кормят и за ними ухаживают, проявления радости при похвале, смутного беспокойства при порицании. Общий фон настроения характеризуется либо благодушием с элементами эйфории, либо вялостью и апатией, реже злобностью и угрюмостью.

Недоразвитие моторики проявляется в крайней бедности мимики, однообразии и замедленности движений, нарушениях их координации вплоть до расстройств навыков стояния и ходьбы.

Деятельность, по существу, отсутствует. Нет навыков самообслуживания. Поведение ограничено либо действиями, связанными с реализацией инстинктивных потребностей, либо элементарными аффективными и двигательными реакциями на внешний раздражитель. Предоставленные себе, одни больные лежат или сидят, не реагируя на окружающее, другие беспокойны, бесцельно суетливы. Двигательные стереотипии имеют характер ритмического раскачивания туловища, однообразных движений головы, конечностей.

В неврологическом статусе нередко деформации черепа, парезы, параличи, судорожные припадки. Часты грубые дефекты физического развития: выраженные дисплазии телосложения, пороки развития кожи, внутренних органов, эндокринно-обменные расстройства.

**2) Деменция** – (от лат. – без ума), в сравнении Эскироля дементный ребёнок это «разорившийся богач».

Деменция – стойкое ослабление после периода нормального развития познавательной деятельности, внимания, памяти, снижение критики, обеднение эмоций, нарушение поведения.

Деменция представляет собой распад более или менее сформированных интеллектуальных и других психических функций, т. е. при деменции имеет место приобретенный интеллектуальный дефект.

В раннем возрасте разграничение деменции и олигофрении представляет большие сложности. Это связано с тем, что любое заболевание или повреждение мозга, приводящее к утрате ранее приобретенных навыков и распаду сформированных интеллектуальных функций, обязательно сопровождается отставанием психического развития в целом. Поэтому в раннем возрасте крайне трудно разграничить приобретенную и врожденную интеллектуальную недостаточность. В связи с этим приобретенный интеллектуальный дефект, связанный с прогрессирующими органическими заболеваниями мозга, с эпилепсией, шизофренией, начавшимися в первые годы жизни ребенка, имеет сложную структуру, включающую как отдельные черты деменции, так и олигофрении. При преобладании последних говорят об олигофреноподобных состояниях.

При возникновении деменции у детей старше трех лет ее отграничение от олигофрении становится более четким.

Для разграничения этих форм интеллектуальных нарушений важно иметь в виду, что

при деменции в отличие от олигофрении имеет место период нормального интеллектуального развития.

Кроме того, структура интеллектуальной недостаточности при деменции имеет свои характерные особенности, которые заключаются в неравномерной недостаточности различных познавательных функций.

При деменции может наблюдаться несоответствие между запасом знаний и крайне ограниченными возможностями их реализации.

Характерными признаками деменции являются выраженные нарушения умственной работоспособности, памяти, внимания, регуляции поведения, мотивации. Кроме того, характерны личностные и эмоциональные расстройства: дети часто некритичны, расторможены, эмоции их примитивны.

В раннем возрасте деменция проявляется в виде утраты поздно приобретенных навыков. Например, если деменция возникает у ребенка трех лет, то прежде всего теряется речь, пропадают начальные навыки самообслуживания и опрятности, затем могут утрачиваться и ранее приобретенные навыки – ходьба, чувство привязанности к близким.

Характерным признаком деменции является появление нецеленаправленного (полевого) поведения, а также общая двигательная расторможенность, аффективная возбудимость, некритичность, иногда с преобладанием повышенного фона настроения.

Одной из форм олигофреноподобного заболевания, включающего в себя черты деменции и олигофрении, является синдром Ретта.

Впервые заболевание было описано около 20 лет назад австрийским психиатром Реттом. Оно встречается только у девочек с частотой 1:12500.

Отставание в развитии при синдроме Ретта становится очевидным в возрасте 12-18 месяцев, когда девочка, до тех пор нормально развивавшаяся, начинает терять едва сформировавшиеся речевые, локомоторно-статические и предметно-манипулятивные навыки.

Характерным признаком данного заболевания является сочетание потери целенаправленных ручных навыков со стереотипными (однообразными) движениями рук в виде их потирания, заламывания, «мытья».

В раннем возрасте отчетливо выявляются двигательные нарушения в виде недостаточности координации движений, трудностей прямохождения и ходьбы. Не имея выраженных параличей и парезов, девочки как бы не умеют пользоваться своими ногами, не все дети самостоятельно ходят.

При синдроме Ретта наблюдаются бледность кожных покровов, постоянно холодные руки и ноги, общая соматическая ослабленность, резко сниженный аппетит, трудности жевания и глотания; девочки долго держат пищу во рту, но не глотают ее. Многих больных приходится кормить, так как сами они не умеют пользоваться ложкой, тем более вилкой, хотя все движения в руках сохранены. Считается, что к умственной отсталости относят только те состояния, при которых отмечается стойкое нарушение познавательной деятельности вследствие повреждения головного мозга.

Причинами умственной отсталости могут выступать внутренние и внешние неблагоприятные факторы и воздействия в период до родов, во время родов и после родов.

### ***2.1.1. Классификация олигофрении М.С. Певзнер***

Существуют многие отечественные и зарубежные их классификации, обычно

основывающиеся на клинико-патогенетическом принципе. Наиболее распространенной среди дефектологов России является классификация, предложенная М.С. Певзнер в 1959 году. Автор выделила пять основных форм олигофрении: неосложненную; с преобладанием процессов возбуждения или торможения; со снижением функций анализаторов или речевыми отклонениями; с психопатоподобным поведением; с выраженной лобной недостаточностью.

**1. При неосложненной форме олигофрении** ребенок характеризуется уравновешенностью нервных процессов. Его эмоционально-волевая сфера относительно сохранна. Наряду с этим он существенно отличается от нормально развивающихся сверстников с раннего детства. Его моторика формируется замедленно. Он позднее начинает сидеть, стоять, передвигаться, позднее научается пользоваться ложкой, пить из чашки. Его движения и походка неуклюжи. Для ребенка 6-7 лет составляет большую сложность самостоятельное одевание, особенно застегивание пуговиц и завязывание шнурков. Он с трудом овладевает предметно-практической деятельностью и простейшими игровыми действиями. Такой ребенок поздно начинает реагировать на обращенную к нему речь, обычно понимая лишь интонация говорящего. В более поздние сроки, чем это бывает в норме, и лишь весьма приближенно произносит первые слова и словосочетания. Нередко это бывает в 3-4 года. С трудом участвует в простейшей беседе.

Если дефект выражен не резко, то такие дети, как правило, могут посещать обычный детский сад и удерживаться в нем. Они не вызывают больших нареканий со стороны воспитателя. Конечно, их приходится одевать и раздавать, но они послушны, не обижают своих товарищей, охотно подчиняются им, выполняя в любой игре самые простые и непристижные роли. Конечно, дети-олигофрены не усваивают программу обычного детского сада, не интересуются книжками, не запоминают детских стихов, но с видимым удовольствием смотрят передачи по телевизору и, хотя мало что понимают, следят за движущимися фигурами. Даже в тех случаях, когда дефект ребенка очевиден, родителям почти всегда удается уговорить администрацию не исключать его из детского сада. Если олигофрен с сохранным поведением воспитывается дома, то он не докучает родителям, братьям и сестрам. В меру послушный и контактный, хотя неловкий и непонятливый, он тем ни менее приемлем для семьи. Некоторые родители в силу тех или иных причин не замечают отставания ребенка в плане движений, речи, памяти, мышления, считают его благополучным. И лишь немногие прилагают усилия к тому, чтобы он посещал специальный детский сад (таких садов очень мало и расположены они преимущественно в больших городах), обращаясь за помощью к врачам и дефектологам.

Не удивительно, что эти дети бывают совершенно неподготовленными к школьному обучению. Поэтому основные жизненные неприятности начинаются у них со дня поступления в школу. Очень быстро они становятся стойко неуспевающими учениками. Нередко учитель школы общего назначения относится к такому ребенку недостаточно разумно. Он «воспитывает» его в присутствии других учащихся и постоянно жалуется на него родителям. Одноклассники дразнят своего товарища, смеются над ним, всячески обижают. Школа становится для ребенка отвратительным местом. Если олигофрена с сохранным поведением и не резко выраженным дефектом старательно и квалифицированно готовили к школе, то первое время он производит впечатление неплохого ученика. С усложнением учебного материала ребенок начинает отставать от товарищей по классу. Перевод умственно отсталого ребенка в специальную школу или специальный класс дает ему возможность почувствовать себя равным среди равных. В привычной ситуации его поведение вполне адекватно. Он аккуратен и послушен. С учебной программой справляется неплохо. Тетради и книги содержит в чистоте. Принимает участие в классных, а потом и в школьных мероприятиях. С увлечением работает в мастерской. Прогноз его развития и социальной адаптации благополучен. Именно такие подростки наиболее часто стремятся избавиться от диагноза умственно отсталый. Если им не удастся сделать это через комиссию,

то некоторые из них поступают в вечерние школы и получают справку о том, что учились в ней в таком-то классе. Пребывание в специальной школе для умственно отсталых детей как бы перечеркивается.

**2. При олигофрении, характеризующейся неустойчивостью эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности,** присущие ребенку отклонения отчетливо проявляются в изменениях поведения и деятельности уже в раннем детстве. *Возбудимые* олигофрены беспокойны. В младенчестве они много кричат и плачут без видимых на то причин. В дошкольном возрасте импульсивны, расторможены, двигательны беспокойны, отвлекаемы, непослушны. Они постоянно обижают других детей, отнимают у них игрушки, которые тут же бросают. Не обращают внимания на просьбы и замечания взрослых.

Такой ребенок труден для семьи. Не удерживается он и в обычном детском саду, так как постоянно мешает другим детям и приносит слишком много забот воспитателю, т.к. неуправляем и не поддается на уговоры. Оказавшись в школе общего назначения возбудимый олигофрен ведет себя неадекватно. Во время урока ходит по классу, залезает под столы, кривляется, выкрикивает что-то несвязное, затевает драки с другими детьми и, конечно, совсем не учится, потому что не понимает того, что делается в классе. Довольно быстро он направляется на ПМПК, откуда получает направление в специальную школу или в специальный класс. Там под воздействием коррекционно-направленного обучения и воспитания! осуществляемых на основе индивидуального подхода, ребенок несколько успокаивается, начинает лучше вести себя, подчиняется требованиям учителя, усваивает учебную программу. Однако работает он неровно. Это видно по его письменным работам: начинает писать аккуратно и без большого количества ошибок, но вскоре выполняет задание кое-как, отвлекаясь от данных указаний. Его тетради и книги неопрятны. Сам он то неаккуратен.

Возбудимые умственно отсталые дети с видимым удовольствием начинают работать в мастерской, но скоро им все надоедает. Они делают все слишком торопясь, непродуманно, небрежно. У них часто бывают срывы в поведении приводящие к неприятным последствиям.

После окончания школы выпускникам нелегко устроиться на работу и трудно удержаться на ней. Они часто вступают в конфликты с членами недисциплинированными. Для них особенно необходима спокойная обстановка и не монотонная деятельность.

*Заторможенные олигофрены* в раннем детстве мало плачут и в этом отношении не беспокоят родителей и кажутся им благополучными. В дошкольном возрасте они малоподвижны, неуклюжи и кажутся более отсталыми, чем есть на самом деле. В обычном детском саду они могут удерживаться, т.к. слушаются воспитателя и не конфликтуют с другими детьми. Однако они нуждаются в постоянной опеке и это затрудняет их пребывание в детском учреждении.

Такие дети могут попасть в школу общего назначения и, если учитель недобросовестен, задерживаются в ней. Конечно, об усвоении программы, да еще в быстром темпе, разговора быть не может.

Оказавшись в специальной школе или специальном классе заторможенный олигофрен продвигается очень медленно. Ему нужно много времени для того, чтобы организовать свою деятельность. Он не успевает за своими товарищами по классу. Торопить его бесполезно, т.к. у него свой темп работы, который он по требованию учителя изменить не может.

В мастерской такой ребенок трудится старательно, с определенной тщательностью, но замедленно.

Прогноз на будущее у выпускника неплохой. Он вполне приемлем для окружающих, старателен. Однако от него нельзя требовать быстрой работы.

**3. У олигофренов с нарушениями функций анализаторов** или специфическими

**речевыми отклонениями** поражение коры сочетается с более глубокими локальными повреждениями мозговой системы. Такие дети помимо у.о. имеют дефекты слуха, зрения, речи и опорно – двигательного аппарата. Они учатся в специальных классах для детей со снижением слуха, зрения, речи и ДЦП. Их жизненные перспективы ограничены, поскольку наличие двойного, тройного дефекта резко затрудняет их продвижение и снижает возможности социально – трудовой адаптации.

**4. При олигофрении с психопатоподобным поведением** у ребёнка резко нарушена эмоционально-волевая сфера, проявляются недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и других людей, расторможенность влечений, склонность к неоправданным аффектам. (убегают из школы без причин). Коррекционная работа предусматривает формирование воли и эмоций, выработку поведения, приемлемого для окружающих.

**5. При олигофрении с выраженной недостаточностью лобных отделов коры головного мозга** отклонения в познавательной деятельности сочетаются с изменениями личности и сопровождаются резкими нарушениями моторики. Эти дети вялы, безынициативны, беспомощны. Их речь бессодержательна, многословна, имеет подражательный характер. Дети не способны к целенаправленной деятельности, активности. Не любят труд, стремятся избежать выполнения простых бытовых обязанностей. К концу школьного обучения становятся способными к элементарным видам труда.

### ***2.1.2. Классификация олигофрении Г. Е. Сухаревой***

Наиболее распространенной в отечественной психиатрии является классификация олигофрений, предложенная Г. Е. Сухаревой, в основу которой положены критерии времени поражения и качества патогенного воздействия. К группе олигофрений Г. Е. Сухарева относит только те формы психического недоразвития, которые характеризуются двумя основными признаками: 1) наличием стойкого дефекта познавательной деятельности; 2) отсутствием прогрессивности. Следует, однако, отметить, что критерий отсутствия прогрессивности в классификации Г. Е. Сухаревой не имеет абсолютного значения, так как многие энзимопатические формы олигофрении в раннем возрасте нередко представляют прогрессивный процесс с возможностью углубления психического дефекта. Тем не менее, структура интеллектуального дефекта при них приближается к олигофреническому слабоумию, а болезненный процесс, как правило, приостанавливается в раннем детском возрасте, в связи с чем психический дефект в основном подчиняется общим закономерностям эволютивной динамики, которые свойственны олигофрении.

Все клинические формы олигофрении Г. Е. Сухарева делит на три группы в зависимости от времени воздействия этиологического фактора.

I. Олигофрения эндогенной природы (в связи с поражением генеративных клеток родителей): а) болезнь Дауна; б) истинная микроцефалия; в) энзимопатические формы олигофрении с наследственными нарушениями различных видов обмена, включая фенилпировиноградную олигофрению, олигофрению, связанную с галактоземией, сукрозурией, и другие энзимопатические формы олигофрений; г) клинические формы олигофрении, характеризующиеся сочетанием слабоумия с нарушением развития костной системы и кожи (дизостозическая олигофрения, ксеродермическая олигофрения).

II. Эмбрио- и фетопатии: а) олигофрения, обусловленная коревой краснухой, перенесенной матерью во время беременности (рубеолярная эмбриопатия); б) олигофрения, обусловленная другими вирусами (грипп, паротит, инфекционный гепатит, цитомегалия); в) олигофрения, обусловленная токсоплазмозом и листериозом; г) олигофрения, возникшая на почве врожденного сифилиса; д) клинические формы олигофрении, обусловленные

гормональными нарушениями матери и токсическими факторами (экзо- и эндотоксическими агентами); е) олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных.

III. Олигофрения, возникающая в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве: а) олигофрения, связанная с родовой травмой и асфиксией; б) олигофрения, вызванная черепно-мозговой травмой в постнатальном периоде (в раннем детстве); в) олигофрения, обусловленная перенесенными в раннем детстве энцефалитами, менингоэнцефалитами и менингитами.

Наряду с этими группами, Г. Е. Сухарева выделяет атипичные формы олигофрении (связанные с гидроцефалией, локальными дефектами развития головного мозга, эндокринными нарушениями и др.). Внутри каждой из названных форм проводится дальнейшая дифференциация по качеству дополнительных этиологических факторов и по особенностям клинической картины, включая степень глубины интеллектуального дефекта.

### ***2.1.3. Система обучения и воспитания умственно отсталых детей дошкольного возраста***

В системе министерства образования РФ существуют специальные сады с круглосуточным пребыванием детей, а также специальные детские дома. Разрешается открытие дошкольных групп при вспомогательных школах-интернатах. В эти учреждения принимаются дети с диагнозом «олигофрения в степени дебильности, неосложненная форма». Прием осуществляется в возрасте 4-8 лет.

В системе министерства здравоохранения РФ имеются специальные ясли и психоневрологические санатории с круглосуточным пребыванием детей с органическим поражением ЦНС. В них принимаются дети с диагнозом «олигофрения в степени дебильности, осложненная форма». Прием в ясли в возрасте 2-4 лет, в санаторий - 4-8 лет.

В учреждения министерства социального обеспечения принимаются дети с диагнозом «имбецильности или идиотии».

## **2.2. Развитие деятельностной сферы детей с недостатками умственного развития**

### ***2.2.1. Трудовая деятельность***

В специальных дошкольных учреждениях уделяется большое внимание трудовому воспитанию умственно отсталых детей. В соответствии с программой у них воспитываются заинтересованное отношение к элементарным видам детского труда, положительное отношение к труду взрослых, настойчиво прививают навыки самостоятельной трудовой деятельности. Повседневная систематическая работа воспитателей позволяет выработать у детей привычку трудиться для себя и своих близких, стремление помогать взрослым, желание участвовать в коллективном труде на участке детского сада. При правильной постановке трудового воспитания оказывается возможным сформировать у дошкольников-олигофренов такие важные качества, которые в дальнейшем смогут обеспечить успешное овладение ими программой по труду во вспомогательной школе. Значение планомерного трудового воспитания, осуществляемого в дошкольном возрасте, заключается также и в том, что оно оказывает положительное коррекционное и развивающее воздействие на формирование нравственного облика умственно отсталого ребенка, способствует возникновению у него таких ценных личностных качеств, как

коллективизм, взаимопомощь, сознательное отношение к порученному делу. Умственно отсталые дети начинают понимать пользу труда для благополучной жизни семьи, коллектива, в котором они живут.

Трудовая деятельность весьма положительно сказывается и на их интеллектуальном развитии, в частности эффективно способствует формированию у них таких форм мышления, как наглядно-действенное и наглядно-образное. Ни один вид детского труда не осуществляется вне речевого общения детей, обобщения ими в виде речевых высказываний итогов своих действий, результатов труда. В процессе выполнения различных трудовых заданий и поручений, в ходе специальных занятий по ручному труду у умственно отсталых дошкольников возникает стремление рассказать о том, что ими сделано, обменяться друг с другом своими впечатлениями. Несомненное влияние трудового воспитания на психическое развитие дошкольников олигофренов заставляет нас с особым вниманием отнестись к вопросам его организации в специальных дошкольных учреждениях.

### ***2.2.2. Игровая деятельность***

Игра должна быть ведущей деятельностью, обеспечивающей зону ближайшего развития, оказывающей развивающее воздействие на складывание психологического облика умственно отсталого ребёнка.

Среди множества причин, тормозящих самостоятельное, последовательное становление игры у умственно отсталого ребёнка, следует, прежде всего, выделить главную – недоразвитие интегративной деятельности коры головного мозга, приводящие к запаздыванию в сроках овладения статическими функциями, речью, эмоционально – деловым общением с о взрослым входе ориентировочной и предметной деятельности. Пагубно отражается на становлении игры и отсутствии необходимых педагогических условий для развития ребёнка, так называемая депривация, возникающая особенно часто в тех случаях, когда умственно отсталый ребёнок пребывает в преддошкольном возрасте в учреждении закрытого типа. Будучи лишен необходимого притока свежих эмоциональных впечатлений дошкольник – олигофрен получает представление лишь об узком круге лиц, предметов; его жизнь протекает в ограниченных монотонных обстоятельствах. Таким образом на имеющийся у него органический дефект наслаивается обеднённый и порой искажённый образ окружающего мира.

Маленькие умственно отсталые дети, поступающие в специальные дошкольные учреждения, как правило, совсем не умеют играть, они однообразно манипулируют игрушками не зависимо от их функционального назначения. Так ребёнок совершенно одинаково может длительно стучать кубиком, уткой, машинкой.

Особенно примечательным в этом случае является отношение к кукле, которая обычно воспринимается так же, как и иные игрушки. Кукла не вызывает адекватных радостных эмоций и не воспринимается в качестве заместителя человека. По отношению к игрушкам – животным умственно отсталый дошкольник также не вызывает заинтересованного эмоционального отношения. Его действия с ними напоминают манипуляции с кубиками и машинками. Важно отметить, что среди не обученных, умственно отсталых дошкольников встречаются и такие дети, которые любят попробовать игрушку «на вкус». Они пытаются отгрызть кусочек от цветного кубика, облизывать матрёшку. Такие действия с игрушками в основном характерны, для детей, страдающих глубоким интеллектуальным нарушением, однако в ряде случаев они вызваны просто не умением действовать с игрушками, отсутствием опыта и использования в соответствии с функциональным назначением.

У значительной части умственно отсталых детей наряду с манипуляциями встречаются и так называемые процессуальные действия, когда ребёнок непрерывно повторяет один и тот же игровой процесс: снимает и одевает одежду на куклу, строит и разрушает постройку из кубиков, достаёт и ставит на место посуду.

Отличительной особенностью игр необученных умственно отсталых дошкольников является наличие так называемых неадекватных действий. Такие действия не допускаются не логикой, ни функциональным назначением игрушки, их ни в коем случае нельзя путать с использованием предметов-заместителей, которые часто наблюдаются в игре нормального ребёнка. Обычный дошкольник охотно использует палочку вместо ложки, кубик вместо мыла и т. д. Такие действия обусловлены потребностями игры и говорят о высоком уровне его развития. Но как раз таких действий с использованием предметов – заместителей никогда не встречается у умственно отсталых дошкольников при их поступлении в специальные дошкольные учреждения.

Замечено, что в процессе игры олигофрены действуют с игрушками молча, лишь изредка издавая отдельные эмоциональные возгласы и произнося слова, обозначающих названия некоторых игрушек и действия. Необученный умственно отсталый ребёнок быстро насыщается игрушками. Длительность его действий обычно не превышает пятнадцати минут. Это свидетельствует об отсутствии подлинного интереса к игрушкам, который, как правило, возбужденный новизной игрушки и в процессе манипулирования быстро угасает.

Наиболее сложной и вместе с тем наиболее значимой является сюжетно-ролевая игра. Ею умственно отсталые дошкольники самостоятельно не овладевают. Лишь в конце дошкольного детства у воспитанников специальных детских садов можно наблюдать отдельные элементы сюжетно ролевой игры, которые формируются воспитателем на занятиях. Так, дети под руководством взрослого играют «в магазин», выполняя роли продавца, кассира, покупателей, или обыгрывают ситуацию «хождения в гости», становясь хозяевами и гостями, сервируют стол, рассаживают гостей, угощают их чаем и печеньем и т.д. Однако по собственной инициативе они таких игр не организуют.

Обычно у умственно отсталых дошкольников можно наблюдать отдельные игровые действия, они не имеют смыслового наполнения. Так, мальчик многократно прокатывает, пустую игрушечную машину из одного угла комнаты в другой, издавая при этом звуки, которые должны обозначать шум её мотора. Его движения и звуковое сопровождение стереотипны и не реализуют какого-либо замысла. Или девочка кормит куклу – держит её на руках и без устали тычет ложкой ей в лицо, не обращая внимания на то, что не попадает в рот. Ребёнок лишь весьма относительно воспроизводит ситуацию, которая не входит ни в какой сюжет, но представляет собой хорошо знакомое действие.

В отдельных случаях дошкольники объединяются по 2-3 человека. Например, один мальчик катит машинку и издает звуки, а другой идет за ним следом. Такое объединение бывает кратковременным. Вскоре у детей возникает конфликт, и они начинают отнимать у друг у друга игрушку.

Если оказывается, что умственно отсталый ребенок играет с нормально развивающимися детьми, то он всегда выполняет только подсобные роли. Те организуют несложную сюжетную игру, а он по их указаниям что-то приносит, уносит, держит. Положение не меняется и в тех случаях, когда товарищи моложе его на год и более.

Без специального обучения игра у умственно отсталых не может занять ведущие место и следовательно, оказать воздействие на психическое развитие. В таком виде игра не способна служить средством коррекции и компенсации дефектов развития аномального ребёнка. Разделу «Игра» не случено, отведено центральное место в программе воспитания и обучения умственно отсталых. Тем самым подчёркивается первостепенное значение этой деятельности для обогащения детского развития, коррекции и компенсации разнообразных дефектов в психике аномального ребёнка, подготовки к обучению к школе.

Известно, что игровая деятельность ребёнка весьма многогранна, так же как разнообразны и игры. При всём том главенствующее значение отводится среди них сюжетно-ролевым играм. Именно этот вид игр воплощает в себе наиболее значимые и существенные черты игры как деятельности. Учитывая её особую значимость для детского развития, программа делает особый акцент на поэтапное формирование у умственно отсталого ребёнка сложного механизма сюжетно-ролевой игры.

Перед учителем-дефектологом ставится задача постепенного введения умственно отсталых в мир игры, обучение его разнообразным игровым приемам, использованию различных средств общения со сверстниками. Для того чтобы у умственно отсталого ребёнка возникло желание играть в месте с детьми, он должен быть подготовлен.

Кроме сюжетно-ролевой игры умственно отсталые обучаются дидактическим и подвижным играм.

Учитывая потребность детей в движении, можно также широко применять фрагменты подвижных игр. Таким образом, раздел «Игра» включает три направления: обучение сюжетно-ролевым играм, подвижным и дидактическим. Занятия по первому направлению проводит дефектолог и воспитатель, а по двум другим – в основном (на специальных занятиях) воспитателям.

### ***2.2.3. Изобразительная деятельность***

Продуктивная деятельность у умственно отсталых дошкольников вне специально организованного обучения практически не возникает; не появляются конструктивные умения, не возникает предметный рисунок. При обучении без учета особенностей развития детей этой категории предметные рисунки могут появиться, но эти рисунки, с одной стороны, примитивны, фрагментарны, не передают целостного образа предмета, искажают его форму и пропорции, а с другой - представляют собой усвоенный ребёнком графический штамп, не отражающий реального предмета. Особенно показательным является тот факт, что дети, даже умеющие рисовать, не используют в своих рисунках цвет ни как средство изображения, ни как средство эмоциональной выразительности.

Все нормально развивающиеся дети, начиная с младшего дошкольного возраста, с удовольствием рисуют. Вначале они просто выводят на бумаге различные каракули, потом начинают видеть в них сходство с каким-то знакомым предметом, позднее пытаются намеренно изобразить отдельные объекты. Многие прилежно копируют рисунки своих старших товарищей или книжные иллюстрации. Детей радует работа с яркими фломастерами, карандашами, красками. Они рисуют ими, раскрашивают картинки.

Изобразительная деятельность умственно отсталых детей формируется замедленно и своеобразно. Их рисунки имеют многие характерные черты, делающие их диагностичными. Лишенные специального обучения в детском саду или в семье, они долго остаются на уровне простых каракулей и лишь к концу дошкольного детства переходят к предметным и в какой-то мере сюжетным рисункам, выполняя их весьма несовершенно. В этих рисунках находят свое отражение недифференцированность зрительного восприятия, низкий уровень мышления и памяти и, конечно, несовершенство двигательной сферы. Дети рисуют людей-головоногов, птиц, имеющих по четыре лапки, «прозрачные» дома и т.п., выполняя все это нечеткими, кривыми линиями. Однако дети относятся к результатам своей деятельности эмоционально, высоко их оценивают и с удовольствием демонстрируют окружающим.

Совсем иная картина наблюдается в тех случаях, когда дошкольников специально обучают рисованию. У большинства имеют место значительные успехи, ярко свидетельствующие о наличии положительных потенциальных возможностей и о важности раннего коррекционного воздействия.

Коррекция нарушений, свойственных УО школьникам, осуществляется путём

избирательного воздействия (по Выготскому) на нарушенные или ослабленные функции детей, путём систематического воспитания и совершенствования у них правильного восприятия формы, строения, величины, цвета, положение предмета в пространстве, умение находить в изображаемом существенные признаки, устанавливать сходство и различие между объектами.

Продуктивность такой работы возрастает благодаря целенаправленному использованию вариативных и многократно повторяющихся графических действий с применением разнообразного изобразительного материала.

Для успешной изобразительной деятельности каждого ребенка, независимо от его умственных и моторных возможностей, необходимыми **условиями являются:**

- создание игровой ситуации, эмоциональной атмосферы, предварительное наблюдение во время прогулки за объектами окружающей действительности, обыгрывание предметов, предназначенных для изображения;
- обеспечение разнообразных сенсорных ощущений детей (зрительное, тактильно-кинестетическое обследование; музыкальное сопровождение деятельности детей, если нет медицинских противопоказаний);
- организация предметной среды (специальные столы и мольберты, большие листы бумаги для рисования; материально-технические средства обучения: карандаши средней мягкости, различные по форме волоска кисти: плоские и круглые, по размеру: средние и толстые; краски, тушь, гуашь; приспособления: подвижные и стационарные, для фиксации оптимального положения тела ребенка для работы);
- формирование удобной позы ребенка при рисовании (лежа, сидя в свободном положении) при помощи специальных приспособлений (в свободном, при помощи мягких модулей, или в фиксированном положении, когда это необходимо);
- проведение специальных упражнений по развитию движений пальцев и кисти рук;
- обязательная совместная деятельность детей и учителя (сопряженные и полусопряженные действия).

#### ***2.2.4. Особенности конструктивной деятельности умственно отсталых дошкольников***

Недоразвитие игровой деятельности в значительной степени сказывается на характере продуктивной деятельности необученных умственно отсталых детей. Так, до конца дошкольного возраста эти дети в подавляющем большинстве не овладевают предметным рисунком. Их рисование вплоть до поступления в школу остается на уровне хаотического штрихования и носит процессуальный характер. Не составляет исключения и конструктивная деятельность этих детей.

В возрасте 4-5 лет, когда нормально развивающиеся малыши увлеченно играют со строительным материалом, создают постройки в сюжетно-ролевых играх и эти игры становятся их насущной потребностью, отличаясь яркой эмоциональной окрашенностью, у умственно отсталых детей только возникают самые первые элементарные предметные действия, которые по своему характеру еще не являются игровыми.

Очень своеобразными оказываются и действия, осуществляемые умственно отсталыми детьми с конструктивными материалами. Действуя с элементами строительных наборов, необученные дети-олигофрены чаще всего бесцельно перекаладывают их с одного места на другое, хаотически нагромождают друг на друга, сооружают бесформенные постройки,

который не имеют предметного содержания и никак не объясняются самими детьми. Таким сооружениям свойственна, как правило, крайняя неустойчивость: они с грохотом рассыпаются, вызывая у умственно отсталых детей чаще всего неадекватную радостную реакцию. Надо сказать, что. Некоторые из них специально разбивают постройки, радуясь моменту разрушения. Отсутствие направленности на получение продуктивного результата свидетельствует о том, что эти действия со строительными материалами тоже еще находятся на процессуальном уровне.

Конечно, описанные действия с конструктивными материалами неправомерно называть конструированием. На этом этапе умственно отсталые дети еще не осознают возможность особого использования строительных наборов, их продуктивного характера. Они не понимают того, что из деталей можно создавать постройки, которые Могли бы иметь конкретное предметное значение и быть использованы в игре.

Характеризуя конструктивные действия необученных умственно отсталых детей дошкольного возраста, нельзя не обратить внимание на наличие действий, которые не только не направлены на получение продуктивно-предметного результата, но которые по своей сущности противоречат конструктивным свойствам строительных материалов. К их числу относятся облизывание, покусывание, отбрасывание, постукивание об стол и пр. Такие не соответствующие функциональному назначению материалов действия можно наблюдать у умственно отсталых детей до конца дошкольного возраста, особенно если с ними не проводится специальной работы по обучению умению играть, рисовать, конструировать. Внешне такие действия напоминают то ознакомительное манипулирование, которое осуществляют с новыми предметами нормально развивающиеся дети раннего возраста. Но у малышей с нормальным развитием эти действия направлены на активное ознакомление с предметом и обычно проявляются в ряду других ориентировочно-исследовательских манипуляций: они рассматривают предмет, поворачивают его в руках, перекалывают из одной руки в другую, приближают и отдаляют от себя и т.д. Такое изучение поглощает ребенка и отличается сильной эмоциональной окрашенностью.

У умственно отсталых же дошкольников, еще не имеющих достаточного опыта предметных действий, можно наблюдать лишь кратковременные, неосознанные, лишенные эмоциональной окраски действия, которые не имеют познавательной направленности. Кроме того, если такое элементарное обследование предметов, каким является «ротное» ознакомление, у детей с нормальным развитием быстро исчезает, уступая место более сложным ориентировкам, прежде всего зрительным, то у умственно отсталых детей оно может сохраняться на всем протяжении дошкольного детства.

Недостаточностью понимания смысла конструктивных действий можно объяснить и чрезвычайно слабый интерес умственно отсталых детей к конструированию. Чаще всего стремление умственно отсталого ребенка схватить, завладеть строительными деталями продиктовано яркой окраской, необычностью материалов или тем, что эти предметы просто находятся в руках другого ребенка. Почти никогда интерес к материалам не пробуждается у детей возможностью их функционального использования. Неустойчивость, поверхностность этого интереса подтверждается характером дальнейшей деятельности ребенка: оказавшись у него в руках, желаемые объекты тут же теряют свою притягательность — ребенок отбрасывает кубики, не ищет их, не пытается достать, попросить. Все это свидетельствует о несформированности подлинного интереса к конструированию у необученных умственно отсталых дошкольников.

### **2.3. Особенности познавательных процессов детей дошкольного возраста с отклонениями в интеллектуальном развитии**

Этиология нарушений интеллекта связана с конституциональными факторами, хроническими соматическими заболеваниями, с неблагоприятными социальными условиями

воспитания и, преимущественно, с органической недостаточностью ЦНС резидуального или генетического характера. К ним можно отнести патологию беременности (травмы матери и плода, тяжелые интоксикации, токсикозы, стрессы во время беременности, несовместимость матери и плода по резус-фактору и др.); врожденные болезни плода (например, сифилис), недоношенность, асфиксию и родовые травмы, ранние постнатальные заболевания (инфекционные желудочно-кишечные заболевания, мозговые травмы, пневмонии и др.).

Глубокое недоразвитие познавательных процессов - наиболее ярко выраженная особенность умственно отсталых детей.

Для детей-олигофренов характерно диффузное недоразвитие поверхностных слоев коры полушарий головного мозга. Что обуславливает специфические нарушения всей психической деятельности. Структура его психики чрезвычайно сложна. В результате ребенок развивается аномально. Умственная отсталость влечет за собой неравномерное изменение у ребенка различных сторон психической деятельности. Нарушения познавательной деятельности и личности ребенка с общим психическим недоразвитием отчетливо обнаруживаются в самых различных его проявлениях. Дети - олигофрены способны к развитию, которое осуществляется замедленно, атипично, со многими, зачастую весьма резкими, отклонениями от нормы.

Первичный дефект приводит к возникновению многих других вторичных и третичных отклонений.

Формирование различных сторон его познавательной деятельности затрудняется и замедляется; это проявляется и в особенностях чувственного ознакомления с окружающим миром.

Существенную роль в познании ребенком окружающего мира играют его ощущения и восприятия. Восприятие есть отражение в сознании человека предметов и явлений, действующих на его органы чувств. Оно находится в сложной зависимости от уровня общего психического развития субъекта. Олигофрены значительно отстают в общем развитии от своих нормальных сверстников. Соответственно и осознание данных, получаемых от органов чувств, оказывается у них иного, более низкого уровня.

Одной из важных сторон познавательной деятельности ребенка является его возможность использовать практические действия для ознакомления с объектом. Они создают конкретную базу для знакомства с тем, что находится вокруг него, для формирования мышления, являются необходимыми предпосылками практической деятельности. У умственно отсталых детей чаще, чем у нормально развивающихся, наблюдаются нарушения ощущений различной модальности и соответственно восприятия объектов и ситуаций.

Умственно отсталым детям свойственна узость зрительного восприятия, которая уменьшает возможности ознакомления с окружающим миром, а также отрицательно влияет на овладение чтением. Недостаточная познавательная активность, слабость ориентировочной деятельности - это симптомы, непосредственно вытекающие из особенностей нейрофизиологических процессов коры головного мозга умственно отсталых детей. В связи с этим для таких детей характерно не только затруднения в обучении, но и особенности представлений, ориентировки в окружающем мире. У нормального ребенка к началу школьного обучения круг представлений об окружающем все больше расширяется, он способен воспринимать более сложную информацию, устанавливать соответственно своему возрасту зависимость явлений природы, связи и отношения между предметами внешнего мира. При этом у детей уже появляются новые знания отвлеченного характера об окружающем мире, чему особенно способствует развитие речи.

Отклонения в процессе восприятия, развертывающиеся на фоне общей личностной недостаточности и, в частности, недоразвития мышления и речи, задерживают

самостоятельно ознакомление умственно отсталых детей с окружающим миром. Обедненный чувственный опыт в свою очередь не может служить достаточно прочной базой для формирования, как мыслительных процессов, так и других высших психических функций. У ребенка с недостатком интеллекта к этому возрасту отмечается резко обедненный и суженный круг знаний и представлений об окружающей его действительности, слабая ориентировка в пространстве, во времени, в обыденной жизни. Он часто не знает своего адреса, имен близких, родных, не знает, где они работают.

Характерные для олигофренов особенности восприятия следует отнести не за счет нарушений, имеющих в самих воспринимающих аппаратах, а за счет отклонений в развитии восприятия как сложной психической деятельности. Своеобразие этого психического процесса приводит к выводу о том, что основным направлением развития их восприятия является не тренировка их ощущений, а воспитание восприятия как сложной интеллектуальной деятельности.

Таким образом, расширение и уточнение чувственного познания учащихся является одной из первостепенных задач вспомогательного учреждения. Особенно остро эта задача встает на начальных этапах обучения.

Обогащение чувственного опыта необходимо рассматривать как один из важнейших путей развития познавательной деятельности детей с отклонениями в развитии, формирования у них умения пользоваться данными, полученными посредством органов чувств, в практической деятельности - рисовании, лепке, конструировании.

Развитие умственно отсталого ребенка определяется биологическими и социальными факторами. К первым из них относятся выраженность дефекта, качественное своеобразие его структуры, время возникновения. Ко вторым - ближайшее окружение ребенка: семья, в которой он живет; взрослые и дети, с которыми общается и проводит время.

Становление речи умственно отсталого ребенка осуществляется своеобразно и с большим запозданием.

Формирование мыслительной деятельности у умственно отсталых дошкольников отличается особенно большими трудностями. Для них характерно использование наглядно действенной формы мышления. Причем, решая ту или иную задачу, они прибегают преимущественно к методу проб и ошибок, повторяя пробы в неизменном виде и соответственно получая все время один и тот же неверный результат.

Особенности мышления накладывают свой отпечаток и на особенности математического развития дошкольников с умственной отсталостью. У таких детей низкий уровень развития зрительного восприятия, трудности при выделении и группировке предметов по качественным признакам, отсутствие практической ориентировки. При поступлении в детский сад дети не умеют считать даже в пределах 3-х, не понимают смысла слов "посчитай", "сколько", не могут определить "больше-меньше". Умственно отсталые дети 5-ти летнего возраста до начала обучения в некоторых случаях имеют представления лишь о количестве "1" и "много".

В условиях специального детского сада у детей формируется навык пересчета небольших множеств. При счете они не всегда называют итоговое число, пропускают названия числительных, часто пропускают предметы из совокупности или указывают на один и тот же предмет несколько раз, называя его последовательными числительными.

Еще большую трудность представляют для умственно отсталых детей операции объединения (в норме сформированы к 4 годам). В процессе обучения у детей формируются элементарные представления, а к 6-7 годам - усваивают счет до 10. Характерно, что, пересчитывая предметы, они касаются пальцем каждого предмета, озвучивают числительные, но последнее не всегда соотносится со всей группой предметов.

Дети могут сравнивать две группы предметов, определить  $<$ ,  $=$ ,  $>$ , но затрудняются при оперировании множествами. Это происходит вследствие недостаточного осмысления количественных отношений. Дети способны вести пересчет предметов, расположенных в ряд, но допускают ошибки при пересчете предметов, имеющих различное пространственное расположение.

Нарушения пространственной ориентировки - один из ярко выраженных дефектов, встречающихся при умственной отсталости. Наиболее не сформированы у таких детей пространственно-временные представления. Сложность в том, что они недостаточно владеют словесным обозначением пространственного расположения частей тела, что тормозит формирование других видов пространственной ориентировки. Дошкольники могут определить пространственное расположение предметов относительно себя, но не могут ориентироваться по словесной инструкции и самостоятельно определить и назвать пространственное отношение. Наблюдаются трудности пространственных отношений между несколькими предметами.

Большинство умственно отсталых детей не проявляют подлинного интереса к решению математических заданий. Это связано с неспособностью понять отношения между предметами скрытые в тексте задачи. Бедность словаря, непонимание значения слов и выражений затрудняют обучение математике.

Таким образом, особенности развития мыслительных процессов умственно отсталых детей показывают необходимость коррекционной работы с такими детьми, необходимость развития познавательных процессов.

## **2.4. Развитие личностной сферы дошкольников с умственной отсталостью**

### ***2.4.1. Особенности эмоциональной сферы***

Любой ребенок, достигая рубежа определенной возрастной категории, имеет особенности в эмоционально-волевых проявлениях, обусловленных данным возрастом. Особенности общего психического развития и, в частности, эмоционально-волевой сферы у умственно отсталых детей зависят не только от возраста.

Ученые, исследователи, педагоги, говоря об отклонениях в становлении личностного уровня регуляции поведения и деятельности в дошкольном возрасте, имеют также в виду, что несвоевременное развитие любых психических процессов, включая личностные характеристики, прежде всего, сказывается на уровне социально-психологической адаптации ребенка, оптимальной форме его функционирования.

Все аспекты личностной сферы формируются у умственно отсталых дошкольников также замедленно и с большими отклонениями. Детям свойственно резко выраженное отставание в развитии эмоций, недифференцированность и нестабильность чувств, ограничение диапазона переживаний, крайний характер проявлений радости, огорчения, веселья.

Проявление эмоций не зависит от качественного своеобразия структуры дефекта, т.е. от принадлежности ребенка к определенной клинической группе. Развитие эмоций умственно отсталых дошкольников в значительной мере определяется правильной организацией всей их жизни и наличием специального педагогического воздействия, осуществляемого родителями и педагогом. Благоприятные условия способствуют сглаживанию импульсивных проявлений гнева, обиды, радости, выработыванию правильного бытового поведения, закреплению необходимых для жизни в семье или в детском учреждении навыков и привычек, а также позволяют детям сделать первые шаги в направлении контроля за своими эмоциональными проявлениями.

Дошкольники старших групп детского сада с удовольствием слушают выразительно читаемые или рассказываемые доступные для их понимания простейшие тексты, включающие эмоционально окрашенные компоненты. Мимикой, жестами и словесными реакциями они выражают сочувствие слабым и добрым героям и отрицательное отношение к их обидчикам. В понятной для него ситуации умственно отсталый ребенок способен к сопереживанию, к эмоциональному отклику на переживания другого человека.

Тем более дети проявляют отчетливо выраженное эмоциональное отношение к своим родным и близким. Они любят своих родителей и воспитателей и обнаруживают это со всей очевидностью.

Трудно переоценить знание особенностей проявлений эмоциональной сферы у проблемного ребенка, ведь знакомство с психологией умственно отсталого ребенка дает возможность увидеть тот путь, следуя по которому воспитатель сможет оказывать прямое и опосредствованное воздействие на эмоциональную сферу своих воспитанников с целью ее развития, сглаживания и коррекции имеющихся недостатков.

Незрелость личности умственно отсталого ребенка, обусловленная в первую очередь особенностями развития его потребностей и интеллекта, проявляется в ряде особенностей его эмоциональной сферы.

Во-первых, чувства умственно отсталого ребенка долгое время недостаточно дифференцированы. В этом отношении он несколько напоминает малыша. Известно, что у очень маленьких детей диапазон переживаний невелик: они либо чем-то очень довольны и радуются, либо, напротив, огорчаются и плачут. У нормального же ребенка более старшего возраста можно наблюдать множество различных оттенков переживаний. Так, например, получение похвалы от воспитателя может вызвать у него смущение, радость, чувство удовлетворенного самолюбия и т. д. Переживания умственно отсталого школьника более примитивны, полюсны, он испытывает только или удовольствие, или неудовольствие, а дифференцированных тонких оттенков переживаний почти нет.

Во-вторых, чувства умственно отсталых детей часто бывают неадекватны, непропорциональны воздействиям внешнего мира по своей динамике. У одних детей можно наблюдать чрезмерную легкость и поверхностность переживаний серьезных жизненных событий, быстрые переходы от одного настроения к другому, у других детей (такие встречаются гораздо чаще) наблюдается чрезмерная сила и инертность переживаний, возникающих по малосущественным поводам. Так, например, незначительная обида может вызвать очень сильную и длительную эмоциональную реакцию. Проникнувшись желанием куда-либо пойти, с кем-либо повидаться и т. д., умственно отсталый ребенок не может затем отказаться от своего желания, даже если это стало нецелесообразным.

Проявлением незрелости личности умственно отсталого ребенка является также и большое влияние эгоцентрических эмоций на оценочные суждения. Наиболее высоко ребенок оценивает тех, кто ему приятен, кто ближе к нему. Так он оценивает не только людей, но и события окружающей жизни - хорошо то, что приятно.

Анализируя теорию К. Левина о роли аффективной (подразумевается эмоциональность) косности умственно отсталого ребенка, Л.С. Выготский видит ценное ядро этой теории в идее единства аффективных и интеллектуальных процессов. Вместе с тем он критикует К. Левина за статичность, метафизичность понимания этого единства. Л.С. Выготский пишет: «На самых начальных ступенях развития интеллекта действительно обнаруживается его более или менее непосредственная зависимость от аффекта» (т.е. желание действительно отец мысли, вернее, потребность является этим общим отцом). Но по мере развития личности ребенка эти отношения меняются.

Говоря о высших психологических функциях как об одном из центральных положений своей теории, Л.С. Выготский пишет: «...осознание и овладение идут рука об руку...».

«Осознанная функция приобретает и иные возможности действия. Осознать - значит в известной мере овладеть. Высшим психологическим функциям в такой же мере присуща иная интеллектуальная, как и иная аффективная, природа. Все дело заключается в том, что мышление и аффект представляют собой части единого целого - человеческого сознания».

Переход ребенка от низших форм эмоциональной жизни к высшим, иначе говоря, развитие высших чувств непосредственно связано с изменением отношений между аффектом и интеллектом.

Слабость интеллектуальной регуляции чувств обнаруживается в том, что дети ничем не корректируют своих чувств сообразно ситуации, не могут найти удовлетворение какой-либо своей потребности в ином действии, замещающем первоначально задуманное. Они долго не могут найти утешение после какой-либо обиды, не могут удовлетвориться какой-либо, даже лучшей, вещью, которую им подарили взамен похожей, разбитой или утерянной. Умственно отсталый ребенок может понять, что причинивший ему огорчение воспитатель (родственник) вовсе не хотел его обидеть, однако доводы рассудка не помогают ему подавить в себе чувство обиды.

Лишь своевременная настойчивая работа педагогов и родных, направленная на развитие интеллекта и формирование высших духовных потребностей, способствует формированию высших чувств и обеспечивает этим чувствам ведущую роль.

Наряду с общим недоразвитием эмоциональной жизни у умственно отсталых дошкольников исследователи иногда отмечают некоторые болезненные проявления чувств, о которых воспитателю нужно знать и соответственно этому осуществлять квалифицированный психолого-педагогический подход к больному ребенку. Например, явления раздражительной слабости, заключающиеся в том, что в состоянии утомления или при общем ослаблении организма дети реагируют на все мелочи вспышками раздражения.

Как отмечает С.Я. Рубинштейн, иногда расстройства настроения проявляются в виде особого, также ничем не мотивированного повышенного настроения. Такое ничем не мотивированное повышенное настроение носит название эйфории. В отличие от обычной жизнерадостности, которая не мешает очень чутко реагировать на события окружающей жизни, в состоянии эйфории дети становятся нечувствительными к объективной реальности. Воспитателям рекомендуется внимательно отнестись к такой, явно выраженной, эйфории - она может быть признаком начинающегося обострения заболевания.

Предвестником приближающегося заболевания является также и другое нарушение эмоциональной жизни - апатия. При этом дошкольники высказывают мысли и обнаруживают настроения, совершенно не свойственные своему возрасту: безразличие ко всему, к игрушкам, нежелание играть, двигаться, утеря всяких детских интересов и привязанностей.

Преобладающие и господствующие у того или иного ребенка переживания, постепенно фиксируясь, образуют те или иные оттенки свойств его характера (угрюмость, раздражительность, гневливость, равнодушие, жизнерадостность, легкомыслие и т. д.). Это обстоятельство, естественно, нужно знать и учитывать родителям и воспитателям вспомогательной школы.

#### ***2.4.2. Особенности волевых качеств у умственно отсталых дошкольников***

Волевая сфера умственно отсталых дошкольников находится на самых начальных этапах формирования. Ее становление непосредственно связано с появлением речи, которая позволяет ребенку понять необходимость того или иного способа действия. Воспитание воли у нормальных детей - сложный и длительный процесс. Воспитание воли у умственно отсталых детей представляется делом еще более долгим и трудным, что объясняется особенностями их развития.

Изучая особенности волевых проявлений у умственно отсталых детей, многие авторы отмечают недостаток инициативы, неумение руководить своими действиями, неумение действовать в соответствии со сколько-нибудь отдаленными целями.

Примеры безволия умственно отсталых детей широко представлены в литературе и хорошо известны каждому учителю. Ребенку нужно пришить оторвавшуюся пуговицу. Но он не делает этого, если под рукой нет иголки и нитки. Проявить инициативу ему трудно. Здоровому ребенку дошкольного возраста, как правило, сложно подчинить свое поведение определенной задаче, у умственно отсталого ребенка это выражено в еще большей степени.

По мнению Л.С. Выготского, волевая сфера умственно-отсталого ребенка характеризуется несамостоятельностью, безынициативностью, неумением руководить своими действиями, неумением преодолевать малейшие препятствия, противостоять любым искушениям или воздействиям. Но, при этом, если умственно отсталому ребенку очень захотелось получить, вопреки порядку, какую-либо дополнительную порцию особенно вкусного сладкого блюда, он проявляет достаточную настойчивость и целеустремленность, обнаруживает умение преодолеть известные трудности и даже некоторую опосредованность, обдуманность поведения.

Такая же обдуманность, даже неожиданная для воспитателя хитрость, т. е. опосредованность поведения, может быть проявлена при необходимости скрыть проступок или добиться удовлетворения каких-либо эгоистических интересов. Следовательно, слабость воли обнаруживается у умственно отсталых не всегда и не во всем. Она отчетливо выступает лишь в тех случаях, когда дети знают, как надо действовать, но при этом не испытывают в этом потребности.

Такие же резкие контрасты наблюдаются и тогда, когда речь идет о других показателях воли. Например, при обычной вялости и безынициативности поведения можно наблюдать внешне противоположные им безудержность, непреодолимость отдельных желаний.

Умственно отсталый ребенок часто не в состоянии отказаться от чего-либо непосредственно желаемого даже ради более важного и привлекательного, но далекого. Отдаленные во времени блага или горести оказываются немощными, бледными тенями рядом с непосредственно близкими и хотя бы ничтожными удовольствиями или лишениями.

Те же контрасты наблюдаются у умственно отсталого ребенка в его отношении к воздействиям со стороны окружающих людей. На первый план выступает внушаемость, некритическое восприятие указаний и советов окружающих людей, отсутствие попытки проверить, сопоставить эти указания и советы с собственными интересами и склонностями. Умственно отсталого ребенка легко подговорить обидеть свою любимую младшую сестренку, испортить, сломать какую-нибудь нужную в доме вещь. Нередко его подговаривают сказать какую-нибудь глупость или дерзость воспитателю, рассмешить класс во время урока и т. д. И наряду с этим те же дети в отношении отдельных указаний со стороны окружающих могут проявить необычайное упрямство, длительное бессмысленное сопротивление разумным доводам, непреодолимое стремление сделать наперекор тому, о чем их просят.

Все эти мнимые контрасты проявлений воли (безынициативность и безудержность, внушаемость и упрямство и т. п.) есть выражение незрелости личности.

По мнению С.Я. Рубинштейн, незрелость личности, неразвитость самообладания и разумной переработки текущих внешних впечатлений приводят к обилию примитивных, непосредственных реакций на внешние впечатления. Э. Кречмер называл такими примитивными реакциями всякие импульсивные, мгновенно возникающие действия в ответ на какое-либо воздействие внешней обстановки, которые как бы минуют высшую сферу личности, не подчинены ее подлинным отношениям и установкам.

Например, ребенок импульсивно хватается привлекательную для него вещь, не задумываясь над тем, можно ли это сделать, импульсивно бросается бежать, испугавшись чего-либо, и при этом не отдает себе отчета в том, спасет ли его бегство от опасности.

Л.С. Выготский относит к примитивным реакциям как простой, совершающийся без задержки разряд сильных аффектов, который называет взрывной реакцией (вспышки гнева), так и «короткие замыкания», при которых аффективные импульсы, как бы обходя целостную личность, непосредственно переходят в неадекватное действие (например, поджог дома соседей после получения плохой отметки; побег из дому из-за тревоги за жизнь заболевшей бабушки). Л.С. Выготский писал: «...примитивная реакция есть реакция, обошедшая личность, следовательно, в ней проявляется недоразвитие личности».

Общим радикалом всех этих многообразных проявлений незрелости личности применительно к волевым качествам является подвластность ребенка непосредственным воздействиям окружающей ситуации либо собственным аффективным импульсам, а, следовательно, отсутствие самостоятельной личностной переработки этих воздействий с позиции собственных убеждений и духовных потребностей.

Развитие волевых качеств детей, подчиненность их действий отдаленным и разумным мотивам находится в непосредственной зависимости от уровня развития потребностей.

#### ***2.4.3. Особенности формирования характера у умственно отсталых детей, способы оказания помощи***

У детей, перенесших одно и то же заболевание головного мозга, часто формируются сходные черты характера. Так, например, у эпилептиков часто наблюдаются такие черты, как аккуратность, доходящая до степени педантичности, скупость, злопамятность. У некоторых детей, перенесших энцефалит, наблюдаются такие черты, как внушаемость, легкомыслие, беззаботность, импульсивность, у других – назойливость, склонность к образованию чрезмерно косных привычек. У детей, перенесших травму, нередко отмечают такие черты, как болезненное самолюбие, вспыльчивость, раздражительность.

Семейное воспитание больных детей представляет значительные трудности. Родители не могут обычно определить меру строгости и требовательности по отношению к больному ребенку. Так, например, если ребенок слаб и неохотно выполняет действия по самообслуживанию, родителям нелегко решить, следует ли пожалеть его как больного и выполнить необходимые действия вместо него либо заставить его сделать все требуемое самому. Если ребенок насорил и не убрал, сославшись на головную боль либо на желание спать, следует ли наказать его за лень либо пожалеть как больного? Правильное решение этих, казалось бы, мелких вопросов важно для формирования характера ребенка. От строгости и требовательности родителей, от трудовой нагрузки и организации режима дня ребенка зависят основные черты его характера: воля, самолюбие, трудолюбие, чувство долга.

В семейном воспитании учащихся вспомогательных школ часто преобладают крайности: родители либо чрезмерно жалеют своих больных детей и, создавая для них дома тепличную, нетрудовую обстановку, способствуют формированию бесхарактерности, безответственности, безволия, либо, напротив, безжалостно третируют своих детей, унижают их достоинство, сердятся на них за медлительность, забывчивость и другие недостатки, вызванные болезнью. Случается, что детей унижают и обижают сверстники – соседи по дому либо собственные братья и сестры. Обе эти крайности – чрезмерная жалость и пренебрежение – одинаково сильно портят характер ребенка.

Гиперопека и гипопека негативно влияют на ребенка с умственной отсталостью. Гиперопека подавляет активность маленького человека, его стремление к самостоятельности. Такое положение способствует формированию негативных личностных характеристик. При

недостатке внимания (гипоопека) не удовлетворяется одна из основных потребностей ребенка – потребность в ласке, душевном тепле, понимании. В ряде случаев у ребенка отмечается психоэмоциональное напряжение, агрессия и аутоагрессия, конфликтность.

Наиболее правильным является отношение к ребенку как к равному. Тем более что сами люди с ограниченными возможностями, став взрослыми и критически вспоминая свое детство, подчеркивают адекватность данного отношения.

Необходимо не только любить ребенка и руководствоваться любовью в своих повседневных заботах о нем, его воспитании, но и делать все возможное, чтобы ребенок чувствовал, понимал, был уверен в любви родителей. Родители должны стремиться обращать внимание на позитивные стороны развития ребенка. Его успехи, должны всячески поощрять те виды деятельности, которые наиболее доступны и хорошо получаются у ребенка. Желательно, чтобы ребенок видел заинтересованность со стороны взрослых в том, что и как он делает. Хорошо, если родители будут проявлять искренне любопытство к любым, пусть самым простым и наивным проблемам растущего человека.

Необходимо помнить – детско-родительские взаимоотношения, контакт между взрослыми и детьми не возникают на пустом месте, просто так, их необходимо строить, необходимо создавать условия, формы для их проявления.

Наиболее важными правилами продуктивного общения являются организация *воспитывающего диалога и принятие*.

Ситуация *диалога* предполагает рассмотрение ребенка как союзника в семейной жизни, как ее творца наравне с родителями, которые всегда при принятии решения советуются с ним. Учет мнения ребенка не только повышает его самооценку, авторитет родителей в его глазах, но и формирует доверительные детско-родительские отношения.

Организации диалогичного общения способствует *принятие* ребенка родителями. Под принятием понимается признание права ребенка на присущую ему индивидуальность, непохожесть на других, в том числе непохожесть на родителей (например, в увлечении классической музыкой). Принятие ребенка, прежде всего, проявляется в повседневных оценках ребенка, его поведения, его действий. Если родители заинтересованы в успешности развития ребенка, его будущей семейной жизни, они чаще будут использовать поощрения, слова поддержки: «Ты молодец», «У тебя все хорошо получилось», «Не переживай», ты скоро научишься так же хорошо рассказывать стихи» и постараются избегать в общении с ним высказываний, унижающих и обвиняющих ребенка.

В целом *развитие характера ребенка с умственной отсталостью* представлено следующими важными сторонами: развитие физических способностей, развитие нравственности, развитие трудовых умений и навыков, развитие эстетических способностей, развитие умственных способностей, развитие экологических навыков.

*Развитие физических способностей.* Главной целью физического воспитания выступает формирование устойчивого желания, потребности у ребенка в самостоятельных занятиях физической культурой, спортом.

*Развитие нравственности.* Цель данного вида воспитания – формирование нравственных понятий, нравственного поведения (выработка навыков и привычек социально одобряемого поведения, чтобы потом они перешли в черту характера). Ребенок должен четко уяснить что хорошо, а что плохо, что благородно, что нет, что соблюдение норм поведения одобряется окружающими, а несоблюдение -осуждается. Одним из наиболее действенных средств нравственного воспитания выступает собственный пример родителей, их отношение друг к другу, к родным и близким.

*Развитие трудовых умений и навыков.* Труд, трудовые отношения являются для ребенка незаменимым средством развития, социализации, формирования его личности. В процессе выполнения различных трудовых операций у ребенка происходит развитие чувства

ответственности, повышается уровень самостоятельности.

*Развитие умственных способностей* предполагает развитие познавательных интересов и мотивов, формирование навыков мыслительной деятельности. В домашних условиях умственное воспитание осуществляется преимущественно посредством повседневного общения детей и родителей, бесед о просмотренных фильмах, прочитанных книгах, игры (в головоломки, ребусы, шашки и шахматы).

*Развитие эстетических способностей* предполагает развитие творческого восприятия у ребенка, умения воспринимать, понимать, ценить прекрасное в природе, искусстве, обществе, в окружающем мире. Всему этому будет способствовать целенаправленное развитие творческих способностей (наклонностей) и доступных детям художественных навыков в области изобразительной деятельности (рисование, аппликация, лепка, чеканка, выпиливание, выжигание), пения, музыки, хореографии, ритмики, художественного рукоделия (вышивка, плетение, создание фигур из проволоки).

*Развитие экологических навыков* предполагает обучение ребенка способам ухода за комнатными растениями, за домашними животными, помощь родителям на дачном участке.

#### **2.4.4. Особенности общения умственно отсталых дошкольников со сверстниками**

Чем выше уровень общего психического развития ребенка, тем большую роль в общении играет речь. Особое значение речь приобретает в коллективных видах деятельности детей, в первую очередь в игре. Здесь с помощью речи они договариваются о содержании игры, создают ее план, распределяют роли, оговаривая при этом поведение каждого персонажа. С помощью речи осуществляются и взаимоотношения детей в ходе самой игры.

У детей с нарушениями интеллекта общение развивается с большим опозданием. На начальном этапе обучения дети, как правило, еще не умеют общаться между собой и даже не имеют потребности в таком общении, так как у них совсем не развиты коллективные виды деятельности.

Дети пяти-шестилетнего возраста с легкой степенью недоразвития интеллекта, поступив в группу специального детского сада, обнаруживают неумение пользоваться своей речью; они молча действуют с предметами и игрушками, крайне редко обращаются к сверстникам.

Общение со взрослыми и развитие предметной деятельности приводят к появлению предпосылок общения между детьми. Однако эти предпосылки не будут реализованы, если взрослые не будут специально руководить этим процессом. Необходимо создавать ситуации, в которых у детей возникает потребность в общении, а затем подсказывать им адекватные средства общения. Такое общение можно организовать даже тогда, когда дети играют рядом, а не вместе, т.е. до появления сюжетно-ролевой игры. Создав ситуацию, педагог и воспитатель помогают детям и в организации общения.

В сюжетно-ролевой игре, в играх с правилами общение между детьми приобретает более развернутый и многоплановый характер, что также требует постоянного руководства со стороны взрослых.

Большие возможности для развития общения детей между собой представляют и другие виды коллективной деятельности - совместный труд (дежурства, уборка кукольного уголка, работа на огороде), совместное создание поделок, рисунков, панно, сюжетных лепных поделок на занятиях по изобразительной деятельности и т.д.

Педагоги и воспитатели во всех случаях должны стремиться к тому, чтобы общение, в основном, происходило с помощью речи. Однако нужно хорошо знать и учитывать речевые возможности каждого ребенка и в случае необходимости сочетать словесное и жестовое

общение. Например, если ребенок просит дать ему предмет, название которого он не знает, вполне допустимо употребление указательного жеста ("Дай мне вот это"), - говорит ребенок и указывает на нужный ему предмет.

В процессе организации речевого общения необходимо заботиться о том, чтобы не нарушить эмоциональную сторону общения, чтобы речь не стала самоцелью, не подменила собой деятельность. В противном случае потребность в общении постепенно угаснет, а сама речь станет формальной.

Длительное наблюдение за воспитанниками детского сада для детей с нарушением интеллекта показало, что в ситуации неорганизованной игровой деятельности они пользуются в основном двумя формами общения: для большинства детей старшего дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью характерна внеситуативно-познавательная форма общения; остальные дети прибегают к еще более элементарной - ситуативно-деловой форме.

Ни у одного из них не наблюдалась внеситуативно-личностная форма общения, которая является характерной для нормально развивающихся детей того же возраста. Нередко дети с интеллектуальной недостаточностью стараются избежать речевого общения. В тех случаях, когда речевой контакт между ребенком и сверстником или взрослым возникает, он оказывается весьма кратковременным и неполноценным. Это обусловливается рядом причин. Среди них можно выделить:

быстрая исчерпываемость побуждений к высказываниям, что приводит к прекращению беседы;

отсутствие у ребенка сведений, необходимых для ответа, бедный словарный запас, препятствующий формированию высказывания;

непонимание собеседника - дошкольники не стараются вникнуть в то, что им говорят, поэтому их речевые реакции оказываются неадекватными и не способствуют продолжению общения.

Наблюдения показывают, что умственно отсталые дети мало разговаривают между собой. Даже общаясь друг с другом в ситуации игры, они недостаточно пользуются речью, заменяя обсуждения и беседы произношением отдельных слов, служащих побуждением к выполнению тех или иных действий. На настоятельные вопросы собеседника умственно отсталые дети отвечают очень кратко и односложно. В отдельных случаях школьники не прочь заменить словесный ответ кивком головы или другим выразительным движением. В результате общение умственно отсталых учеников со взрослыми и другими детьми протекает без должной активности, вяло.

### **Контрольный тест к 2 разделу**

1. Сколько форм умственной отсталости существует?  
А) 3; Б) 4; В) 2; Г) 12;
2. Представители какой группы УО имеют самую легкую степень интеллектуальной недостаточности?  
А) инфантильные;  
Б) идиоты;  
В) дебилы;  
Г) имбицилы.

3. Какой ученый выделил 3 группы умственной отсталости в зависимости от тяжести нарушения?

- А) Певзнер М.С.;
- Б) Эмиль Крепелин;
- В) Швальбе;
- Г) Лебединская.

4. Какие группы детей с олигофренией, характеризующейся неустойчивостью эмоционально-волевой сферы выделяются?

- А) пассивные и активные;
- Б) реагирующие и вялые;
- В) возбудимые и заторможенные;
- Г) нормальные и неадекватные;

5. При встрече с трудностями умственно отсталый ребенок ...

- А) не может подчинить свои действия поставленной цели;
- Б) добивается поставленной цели;
- В) осмысливает поставленную задачу;
- Г) самостоятельно пытается решить.

6. Выберите один из диагностических критериев умственной отсталости...

- А) предметный;
- Б) патологический;
- В) клинический;
- Г) ориентировочный.

7. Исключите лишнее: к биологическим патогенным факторам, вследствие которых могут возникнуть нарушения в развитии, относятся:

- А) пороки развития мозга;
- Б) педагогическая запущенность;
- В) патология родов и травмы;

Г) внутриутробные нарушения (токсикозы беременности, сифилис, краснуха и другие инфекции).

8. Термин олигофрения был введен немецким психиатром ...

- А) Феликсом Платтером;
- Б) Э. Крепилиным;
- В) Филиппом Пинелем;
- Г) Л.С. Выготским.

9. Деменция от латинского dementia, что означает ...

- А) малый ум;
- Б) безумие, слабоумие;
- В) глубокая умственная отсталость;
- Г) ДЦП.

10. Выберите верное утверждение:

А) дети с нарушением интеллекта не ощущают свои промахи и неудачи и остаются к ним равнодушными;

Б) у детей с нарушением интеллекта объем пассивного словаря равен объему активного;

В) игра у умственно отсталых дошкольников становится ведущим видом деятельности и без специального обучения;

Г) дети с глубокой умственной отсталостью приспосабливаются к требованиям, которые предъявляют им окружающие.

11. К классификации детей с общим психическим недоразвитием М.С.Певзнер относятся следующие формы:

- А) неосложненная форма;
- Б) олигофрения с нарушением функций анализаторов;
- В) слепоглухонемота;
- Г) имбецильность.

12. Выберите верное: К системным формам отклоняющегося развития относят:

- А) нарушения анализаторных систем;
- Б) интеллектуальные дефекты;
- В) психопатии;
- Г) ранний детский аутизм.

13. Умственная отсталость – это...

- А) распад личности вследствие длительного психического заболевания;
- Б) стойкое нарушение познавательной деятельности, вследствие органического поражения головного мозга;
- В) кратковременная задержка психического развития, вследствие нарушений раннего развития;
- Г) нарушение психологического развития, обусловленное патогенными биологическими и социальными факторами.

### **3. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

#### **3.1. Основные понятия психологии детей с задержкой психического развития**

**Задержка психического развития (ЗПР)** – это нарушение нормального темпа психического развития, в результате чего ребенок, достигший школьного возраста, продолжает оставаться в кругу дошкольных интересов. При ЗПР дети не могут включиться в школьную деятельность, воспринимать школьные задания и выполнять их. Они ведут себя в классе так же, как в обстановке игры в группе детского сада или в семье.

Детей с временной задержкой психического развития нередко ошибочно считают умственно отсталыми. Отличия этих групп детей определяются двумя особенностями.

У детей с задержкой психического развития трудности в овладении элементарной грамотой, счетом сочетаются с относительно хорошо развитой речью, значительно более высокой способностью к запоминанию стихов и сказок и с более высоким уровнем развития познавательной деятельности.

Такое сочетание для умственно отсталых детей нехарактерно. Дети с временной задержкой психического развития всегда способны использовать оказанную им в процессе работы помощь, усваивают принцип решения задания и переносят этот принцип на выполнение других сходных заданий.

Это показывает, что они обладают полноценными возможностями дальнейшего развития, т. е. будут способны впоследствии выполнить самостоятельно то, что в данный момент в условиях специального обучения могут выполнить с помощью педагога.

Длительное наблюдение за детьми с задержкой психического развития показало, что именно умение использовать оказанную помощь и осмысленно принимать усвоенные в процессе дальнейшего обучения знания приводят к тому, что через некоторое время эти дети могут успешно обучаться в массовых школах.

Дети с задержкой психического развития, несмотря на значительную вариативность, характеризуются рядом признаков, позволяющих **отграничить это состояние как от педагогической запущенности, так и от умственной отсталости**, они не имеют нарушений отдельных анализаторов, у них нет интеллектуальной недостаточности, но в то же время они стойко не успевают в массовой школе вследствие полиморфной клинической симптоматики - незрелости сложных форм поведения, целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, утомляемости, нарушений работоспособности. Патогенетической основой этих симптомов является *перенесенное органическое заболевание центральной нервной системы*.

Перенесенное ребенком органическое заболевание центральной нервной системы и остаточные явления (резидуальная органическая недостаточность ЦНС) служат патогенетической основой нарушения созревания тех или иных систем мозга, и в первую очередь лобных отделов. Недостаточность отдельных корковых функций приводит к парциальному нарушению психологического развития, формированию деятельности ребенка. При парциальной дефективности мозга, однако, потенциальные возможности психического развития, в частности развития абстрагирующей и обобщающей функции интеллекта, могут быть более значительными, чем у умственно отсталых детей.

Наряду с затрудненным развитием познавательной деятельности у детей с ЗПР могут проявляться энцефалопатические синдромы - гиперактивности, тревоги, агрессии и т. п., что также свидетельствует об ограниченной недостаточности центральной нервной системы.

М.С.Певзнер, выделяя несколько клинических вариантов инфантилизма - с *недоразвитием эмоционально-волевой сферы при первично сохранном интеллекте* (наиболее легкая форма аномалии), с *недоразвитием познавательной деятельности, осложненными нейродинамическими нарушениями*, с *недоразвитием познавательной деятельности, осложненным недоразвитием речевой функции*, - допускает, что главным и определяющим симптомом задержки в легкой степени может быть недоразвитие только эмоционально-волевой сферы. В этом случае интеллект детей первично сохранен.

Задержка психического развития, обусловленная выраженными церебрально-органическими причинами, обязательно предполагает нарушение интеллектуальных функций, ущербность эмоционально-волевой сферы, а также очень часто и физическую незрелость, что, в свою очередь, еще больше осложняет тяжелое состояние ребенка. Эти дети нуждаются в более сложном лечении, нежели при невроподобных состояниях или соматогенных астениях, а также в более сложной педагогической коррекции.

Специалисты отмечают клиническое разнообразие ЗПР и ее прогностическую неоднородность. При этом подчеркивается, что стойкость ЗПР различна в зависимости от того, лежат ли в ее основе *эмоциональная незрелость (психический инфантилизм)*, *низкий психический тонус (длительная астения)* либо *нарушения познавательной деятельности*, связанные со слабостью памяти, внимания, подвижности психических процессов,

дефицитностью отдельных корковых функций.

*Психологический инфантилизм* (эмоционально незрелые дети), длительно текущие *астенические состояния* представляют собой наиболее легкие формы. Дети с ЗПР этих форм могут иметь первичное нарушение прежде всего темпа формирования эмоционально-волевой регуляции, а на этой основе малую работоспособность, быструю истощаемость, аритмию памяти, внимания. Эти особенности психики не могут не влиять негативным образом на обучаемость детей.

ЗПР, характеризующаяся первичными *нарушениями познавательной деятельности*, связанным с дефицитностью отдельных корковых функций (эти дети, как правило, имеют дефектную первооснову для развития и интеллектуальной, и эмоционально-волевой сферы, а также для нейрофизиологического и частносоматического развития), представляет наиболее тяжелую ее форму. По сути своей эта форма нередко выражает состояние, соотносимое с дебильностью (разумеется, и здесь возможна вариативность состояния по снижению его тяжести). Обучаемость этих детей, безусловно, в значительной степени снижена.

Можно выделить **четыре клинико-психологических синдрома**, которые определяют недостатки познавательной деятельности и обуславливают трудности в обучении.

**1. Синдром психического инфантилизма.** Психический инфантилизм — это психическая незрелость, проявляющаяся преимущественным нарушением темпа созревания психики с отставанием развития эмоционально-волевых свойств и форм реагирования личности. Они оказываются соответствующими более младшему возрасту. К признакам психического инфантилизма относятся: несамостоятельность, повышенная внушаемость, наивность, преобладание в мотивационной сфере игровых интересов и гедонизма, стремление к удовольствию, что нередко приобретает характер основной мотивации, беспечность, трудности в выполнении прогностических функций (а порой и невозможность их выполнения), прогнозировании результатов своего поведения и поступков, незрелость чувства долга и ответственности, значительно уменьшенная способность подчинять свое поведение требованиям ситуации и группы, неспособность к волевому напряжению и преодолению трудностей. Все это часто сочетается с незрелостью моторики, затруднениями в выполнении тонких мануальных действий (почерк: «пишет, как курица лапой»), избыточностью сопутствующих лишних движений и более-менее выраженным примитивизмом как вариантом интеллектуальной нормы.

Первые признаки психического инфантилизма обнаруживаются в младшем школьном и подростковом возрасте.

Выделяют *два варианта психического инфантилизма*: простой (неосложненный), осложненный.

**Простой вариант** психического инфантилизма (сюда относится также выделенный Г. Е. Сухаревой (1959) гармонический инфантилизм). Психический инфантилизм проявляется признаками психической незрелости, охватывающей все сферы деятельности ребенка, в том числе и интеллектуальную, однако с преобладанием проявлений эмоционально-волевой задержки. Такие дети повышено беспечны, беззаботны, неутомимы в играх. Им свойственна живость воображения, жизнерадостность. При сохранном интеллекте отмечается недостаточность интеллектуальных интересов с доминированием стремления к игровой деятельности и удовольствиям. При предъявлении к ним возрастных требований возникает дезадаптация, чаще проявляющаяся в школьном возрасте в виде неуспеваемости. Зачастую психический инфантилизм сочетается с признаками соматической незрелости, задержкой в росте, грацильным телосложением, однако без признаков грубой диспластичности, аномалий развития отдельных органов и систем (так называемый «психофизический инфантилизм»).

**Осложненный вариант** психического инфантилизма характеризуется сочетанием психического инфантилизма с другими психопатологическими проявлениями.

В сочетании с *психоорганическим синдромом* при органическом инфантилизме отсутствует эмоциональная живость, яркость эмоций. Они скорее эйфоричны, благодушны, расторможены, а эмоциональные проявления менее глубоки и дифференцированы. Интеллектуальная деятельность их характеризуется инертностью, тугоподвижностью,perseverативностью мыслительных процессов и нарушением так называемых предпосылок интеллекта (внимание, память, психическая работоспособность).

При сочетании с *церебрастеническим синдромом* отмечаются повышенная возбудимость, истощаемость, выраженная неустойчивость внимания и соматовегетативные нарушения (расстройства сна, аппетита, вазовегетативные проявления).

При сочетании с *психоэндокринным синдромом* клиническая картина определяется наличием черт инфантилизма и особенностей психики, типичных для того или иного типа гормональных расстройств.

Психический инфантилизм встречается как самостоятельное расстройство, а также при задержке развития головного мозга, его раннем негрубом органическом поражении и при социальной запущенности.

**2. Церебрастенический синдром.** Церебрастенический синдром представляет собой неспецифический неврологический синдром, который характеризуется снижением работоспособности, нарушением внимания и памяти, повышенной утомляемостью, а также головными болями, сильным истощением нервной системы и различными вегетативными проявлениями. Кроме того, отмечается увеличение продолжительности сна и сокращение времени бодрствования, эмоциональная лабильность пациента и двигательное беспокойство. Церебрастенический синдром у детей часто сопровождается усилением врожденных рефлексов, спонтанным рефлексом Моро и вегетативными расстройствами.

Основными причинами возникновения церебрастенического синдрома являются патологическое течение беременности и последующих родов, которые вызвали нарушение поступления кислорода в мозг малыша. Также к прочим патологическим состояниям провоцирующим развитие данного синдрома относится прием лекарственных препаратов во время беременности, внутриутробные инфекции, недоношенность, внутричерепные кровоизлияния, сепсис, гемолитическая болезнь, пневмония.

**3. Психоорганический синдром.** Психоорганический синдром (синоним: органический психосиндром) — психопатологический симптомокомплекс, обусловленный органическим поражением головного мозга и проявляющийся нарушениями интеллекта и памяти, а также расстройствами аффекта.

Нарушения интеллекта у больных проявляются в первую очередь снижением критики при самооценке и оценке окружающего. Так, больной достаточно верно оценивает плохое и хорошее, но в отношении окружающих совершает неправильные поступки, бестактно высказывается, не понимая этого. Ухудшается в различной степени способность к приобретению новых знаний, снижается объем и качество знаний, полученных в прошлом, ограничивается круг интересов. Мышление становится консервативным, односторонним, что вместе с измененной оценкой окружающего ведет к нарушению способности больного охватить ситуацию в целом. Ухудшается речь, в частности устная (уменьшается словарный запас, упрощается структура фраз, больной чаще использует словесные шаблоны, вспомогательные слова). В разговоре он не способен выделить главное, легко отвлекается на второстепенные детали и застревает в них.

Нарушения памяти распространяются на все ее виды. Ухудшается запоминание новых фактов, т. е. страдает память на текущие события, снижается способность сохранять воспринятое и возможность активизировать запасы памяти.

Расстройства аффекта чаще проявляются пониженным или беспечно-благодушным настроением. Может преобладать одно настроение, но нередко наблюдается их смена, которая обычно зависит от внешних обстоятельств, но бывает и спонтанной. В тех случаях, когда смена настроений резкая, отмечается так называемое недержание аффекта: на короткие периоды времени у больного появляются обидчивость, слезливость, депрессивные высказывания, которые легко сменяются повышенным беззаботным настроением (эйфорией), повышенно-дурашливым настроением (морией), умиленностью, необоснованным оптимизмом, что сопровождается соответствующей мимикой. При этом больной может быть чрезвычайно упрямым или повышенно внушаемым и сговорчивым.

Психоорганический синдром может протекать остро, например после черепно-мозговой травмы, инсульта, острой асфиксии; чаще он развивается постепенно. В последнем случае в начальной стадии психоорганический синдром часто сопровождается заострением характерологических черт больного, т. е. возникают психопатоподобные расстройства. В дальнейшем личностные особенности, присущие больному до болезни или возникшие в начале развития этого синдрома, стираются вплоть до полного исчезновения.

Легкие проявления (раздражительная слабость, истощаемость, некоторое сужение круга интересов, незначительное ухудшение критики и памяти) часто называют органическим снижением уровня личности; тяжелые (грубые нарушения интеллекта, отсутствие эмоциональности и прежних индивидуальных черт характера, распад памяти) — органической деменцией, или органическим слабоумием. Под влиянием дополнительных вредных воздействий (например, соматических и инфекционных болезней, интоксикации различного происхождения) у многих больных с отчетливо выраженным психоорганическим синдромом возникают состояния помрачения сознания, чаще в форме делирия, реже оглушения. В ряде случаев после перенесенного состояния помрачения сознания симптомы органического психосиндрома усиливаются. При легких проявлениях после психических травм могут отмечаться реактивные депрессии. Кроме того, на фоне легких проявлений психорганического синдрома обычно при наличии конституционального предрасположения, наблюдаются эндоформные (напоминающие шизофрению или маниакально-депрессивный психоз) психозы в виде мании, депрессии, различных бредовых картин или галлюцинозов. Выраженность симптомов влечет за собой постепенную редукцию эндоформных психозов. Больные с органическим психосиндромом часто жалуются на головные боли, головокружения, неустойчивость при ходьбе, плохо переносят жару, духоту, изменения атмосферного давления, громкие звуки; у них отмечаются различные неврологические симптомы.

*По степени тяжести* различают астенический, эксплазивный, апатический и эйфорический варианты психорганического синдрома.

Психоорганический синдром обусловлен органическим поражением головного мозга (сосудистых заболеваниях головного мозга, поражениях центральной нервной системы, при сифилисе, черепно-мозговых травмах, различных интоксикациях, хронических нарушениях обмена веществ, при опухолях и абсцессах головного мозга, энцефалите, а также при заболеваниях сопровождающихся судорожными припадками). Но особенно часто психоорганический синдром возникает при атрофических процессах головного мозга в предстарческом и старческом возрасте (болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие).

Лечение направлено на терапию основного заболевания, вызвавшего психоорганический синдром и проводится в зависимости от степени выраженности заболевания в стационаре или амбулаторно. Положительное действие оказывают ноотропные препараты, нейротрофическая и церебропротективная терапия, антиоксиданты и витаминотерапия.

**4. Гипердинамический синдром.** Данная группа поведенческих и эмоциональных расстройств начинается обычно в очень раннем возрасте и характеризуется сочетанием

чрезмерно активного, слабо модулируемого поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства в выполнении поставленных задач.

Причины, приводящие к подобным состояниям, точно пока неизвестны, но предполагается, что в основе гиперкинетического расстройства лежат микроорганические поражения головного мозга, которые вызваны либо внутриутробным кислородным голоданием плода, либо асфиксией плода в процессе родов, либо микрородовой травмой иного рода. В этом случае в мозгу ребенка отсутствуют грубые органические повреждения, но есть множество микроповреждений коры и подкорковых структур. Часто такие нарушения подстерегают чрезмерно крупного или большеголового ребенка, ребенка, родившегося при затяжных или, наоборот, стремительных родах.

Основные признаки гипердинамического синдрома - это проявляющаяся с самых первых месяцев жизни ребенка двигательная расторможенность и отвлекаемость внимания. Гиперкинетических детей в младенчестве буквально не удержать в руках. Позже они часто бывают безрассудны и импульсивны, нередко с ними происходят несчастные случаи, и всегда они находятся в списках злостных нарушителей дисциплины, хотя делают все совершенно неосознанно, не желая ничего плохого. Главными поведенческими характеристиками таких детей являются недостаточная настойчивость в деятельности, требующей когнитивных усилий, тенденция переходить от одного дела к другому, не завершая ни одного из них. Все это происходит на фоне плохо организованной, слабо регулируемой и чрезмерной активности.

С гиперкинетическими расстройствами часто сочетаются и другие нарушения, такие как социально расторможенные отношения со взрослыми, отсутствие нормальной осторожности и сдержанности, неумение играть в структурированные игры в коллективе сверстников, специфические расстройства в моторном и речевом развитии, а также трудности в чтении или другие школьные проблемы. Позднее у таких детей сравнительно часто проявляется асоциальное поведение, заниженная самооценка и нарушения развития чувства собственного достоинства.

Гиперактивные дети чрезмерно (относительно календарного возраста) нетерпеливы. Они могут бегать или прыгать вокруг, есть стоя, вскакивать с места, когда полагается сидеть, шуметь или болтать, когда надо соблюдать тишину.

Гипердинамичные дети не ходят, а бегают, доказывая что-то, не говорят, а кричат. Они никогда не унывают, легко переносят наказания, поссорившись с кем-то, тут же идут мириться, легко дают всевозможные обещания и клятвы и также легко их нарушают.

У таких детей много приятелей и знакомых, поскольку они очень контактны и общительны, но, как правило, с большим трудом складываются более глубокие и прочные дружеские отношения.

Родители, а впоследствии воспитатели и учителя безмерно устают от гипердинамичных детей, так как своими постоянными проказами и проступками они способны вывести из терпения кого угодно. Их постоянно одергивают, стыдят, воспитывают, но все это как бы пролетает мимо их ушей. Ребенок вроде бы все понимает и искренне раскаивается в совершенном, обещает, что больше не будет, и буквально через пять минут все повторяется сначала.

Пик проявлений гипердинамического синдрома приходится на 5-7 лет, и именно в этом возрасте окружающим ребенка людям начинает казаться, что он в принципе невоспитуем...

Гипердинамический синдром - это один из самых распространенных вариантов проявления минимальной мозговой дисфункции (ММД). Согласно данным статистики, ММД встречается у каждого пятого-шестого ребенка, рождающегося сегодня в нашей стране.

### 3.1.1. Классификация ЗПР К.С.Лебединской

**К.С.Лебединской** была предложена этиопатогенетическая классификация ЗПР.

Основные клинические типы ее дифференцируются по этиопатогенетическому принципу:

- а) конституционного происхождения;
- б) соматогенного происхождения;
- в) психогенного происхождения;
- г) церебралстенического (церебрально-органического происхождения).

Все варианты ЗПР отличаются друг от друга особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов этой аномалии: структурой инфантилизма; характером нейродинамических расстройств.

#### **1. Задержка психического развития конституционного происхождения (гармонический инфантилизм).**

При этом варианте у детей эмоционально-волевая сфера находится на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей младшего школьного возраста. Характерны преобладание эмоциональной мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхности и нестойкости, легкая внушаемость. Затруднения в обучении, нередко наблюдаемые у этих детей в младших классах, связаны с незрелостью мотивационной сферы и личности в целом, наблюдается преобладание игровых интересов.

*Таня Б., 7 лет, ученица 1 класса. В семье 5 детей, все девочки; Таня - четвертый ребенок от шестой беременности. Все три старшие сестры имеют задержку психического развития.*

*Физическое развитие Тани отстает от паспортного возраста. Девочка непосредственна, эмоции проявляются ярко, настроение повышенное.*

*Дисциплину на уроках Тане соблюдать трудно, ей нелегко воздержаться от высказываний, кроме того, поведение сильно зависит от настроения, которое может очень резко меняться. Активность, отмечаемая во внеурочное время, на занятиях резко снижается. С программным материалом девочка справляется с трудом, умения и навыки вырабатываются медленно, закрепляются плохо. Тане нравится заниматься различными видами письменных работ, но на замечания о неверном написании букв или цифр реагирует часто негативно, ошибки не осознает. Счетные операции производятся с трудом, часто не осознаются. Наибольшие затруднения возникают у Тани при чтении из-за слабого развития фонематического восприятия и отсутствия интереса девочки к этому роду занятий. С удовольствием Таня работает на уроках труда и изобразительного искусства. Знает и различает цвета, правильно штрихует рисунок, хорошо вырезает. Девочка музыкальна, обладает неплохим голосом с чистой интонацией, довольно ритмична.*

*Самостоятельности в овладении знаниями и преодолении трудностей девочка не проявляет. Заметно снижаются возможности Тани при отрицательных эмоциях. В таких ситуациях Таня практически не воспринимает материал. Вывести ее из такого состояния можно похвалой, положительными оценками независимо от результатов ее деятельности. Учитель учитывает эти особенности, использует метод поощрения, но не злоупотребляет им.*

Девочке очень трудно сосредоточиться на работе, ее отвлекает любой посторонний раздражитель, внимание неустойчивое, быстро рассеивается при работе более чем с двумя объектами. Даже на 2 объекта (например, при сравнении букв) девочке трудно распределить внимание. Переключение внимания зависит от заинтересованности работой. Объем внимания - 2 объекта, в состоянии утомления - не более 1, при работе с большим количеством объектов внимание рассеивается и после этого с трудом привлекается. Преобладающим является произвольное внимание.

Процессы восприятия у Тани протекают в большинстве случаев замедленно. Отмечается поверхностность и недостаточная обобщенность восприятия. Девочка правильно воспринимает объекты в привычном для нее положении, при изменении условий восприятия этого часто не происходит. Меры времени знает в пределах программы. Восприятие пространства требует дальнейшего развития, положение в пространстве часто определяет неверно, путает «левый-правый», ненаблюдательна. Таня знает основные формы, величины в пределах «большой-маленький», «больше-меньше». Представления лишены обобщенности, полноты, отмечается их фрагментарность даже на бытовом уровне.

Наиболее эффективным средством, используемым для развития у ученицы обобщенности представлений на уроках развития речи, является наглядность в сочетании с живым словом учителя.

Процессы памяти развиты у Тани слабо. Материал она запоминает медленно, в маленьких объемах. Происходит это в результате преимущественно произвольного запоминания после большого количества повторений. Осмысленность при этом часто теряется. Сохранение информации также страдает, поэтому воспроизводит Таня в основном отдельные фрагменты, наиболее яркие. При этом осмысленность воспроизводимого зачастую отсутствует, также отмечается искажение и нарушение последовательности событий.

Решение мыслительных задач вызывает у Тани значительные затруднения. Рассуждения крайне непоследовательны, причинно-следственные зависимости между явлениями и событиями устанавливаются только с помощью учителя. В большинстве случаев особенностью мышления Тани является пассивность. Умение контролировать и исправлять свои действия, следуя цели задания, практически не сформировано, т.е. отмечается не критичность мышления. Мыслительные операции развиты слабо: наблюдаются бессистемность и не последовательность анализа при выполнении новых заданий; при сравнении девочке трудно исключить несущественные признаки, операции обобщения и классификации в ряде случаев тоже опираются на несущественные признаки. Аналогию между предметами Таня может провести только под руководством учителя, она не может самостоятельно делать выводы. Умозаключения девочки примитивны, алогичны. Преимущественно развит наглядно-действенный вид мыслительной деятельности, в меньшей степени - наглядно-образный, абстрактный.

Девочка страдает общим недоразвитием речи. Словарь беден, пассивный словарь значительно шире активного. Предикаты и определения в речи малочисленны. Страдает грамматический строй, наиболее часто встречаются нарушения согласования, пропуск или неверное употребление предлогов. На уроках темп речи замедленный. Отмечается неправильное понимание и, следовательно, неточное использование слов. Монологическая речь бессвязна (отмечается соскальзывание с одной темы на другую), лишена логичности и завершенности. Таня не умеет поддерживать беседу, вопросы может задавать лишь в случаях заинтересованности предметом, часто затрудняется повторить даже сформулированный другим учеником ответ. Списывание осуществляет побуквенно, при письме под диктовку требуется большое количество повторений и контроль со стороны учителя. Отмечаются множественные дефекты звукопроизношения, которые

*отрицательно сказываются при составлении слов, чтении слогов, темп речи замедлен.*

*Коррекция речи осуществляется учителем на всех уроках. Наиболее активно это происходит на уроках развития речи, где идет расширение, активизация и пополнение лексики, развитие грамматического строя, автоматизации поставленных звуков.*

*Умение Тани работать в коллективе требует совершенствования организованности поведения, постоянного контроля со стороны учителя. К учителю девочка относится с уважением, признает его авторитет. Требованиям одноклассников не подчиняется, выдвигает свои и ждет их исполнения. Любит общаться с учащимися более старших классов. В группе имеет статус предпочитаемого. На окружающие события реагирует часто неадекватно. Контактна, бывает навязчива, часто создает конфликтные ситуации.*

*Таня - девочка добрая, общительная, но ситуацию оценить верно часто не в силах, так как система ее взглядов еще не сформирована. Школу посещает регулярно, но может не явиться на занятия из-за обиды на одноклассников или на учителя. Многие виды работ ей интересны, долго может заниматься тем, что ей нравится. При общении с учителем сохраняет определенную дистанцию. Навыки культурного поведения находятся на низком уровне развития: девочка неопрятна, степень самостоятельности минимальна, но элементарные правила вежливости знает.*

*Самооценка у Тани завышенная, свои недостатки она не осознает, самоанализ не приводит.*

*Стержневые черты личности, на которые можно опираться в индивидуальной коррекционно-педагогической работе с девочкой, - доброта, общительность, любознательность.*

Дети такого варианта не могут обучаться наравне со своими сверстниками в общеобразовательных школах, им требуется специальное обучение в условиях коррекционного класса, но часть таких детей в течение начальной школы могут догнать своих сверстников и в дальнейшем обучаться со всеми.

**2. Задержка психического развития соматогенного происхождения.** Этот тип задержки развития обусловлен длительной соматической недостаточностью различного происхождения:

- хроническими инфекциями;
- аллергическими состояниями;
- врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы;
- детскими невротами;
- астенией.

Все это может привести к снижению психического тонуса, нередко имеет место и задержка эмоционального развития - соматогенный инфантилизм, обусловленный рядом невротических наслоений - неуверенностью, боязливостью, связанными с ощущением своей физической неполноценности, а иногда вызванными режимом запретов и ограничений, в котором находится соматически ослабленный или больной ребенок. Такие дети - «домашние», в результате чего круг общения у них ограничен, у ребенка нарушаются межличностные отношения. Родители уделяют им больше внимания, ограждают от всех бытовых неурядиц (гиперопека родителей), и это все влияет больше на его состояние, чем сама болезнь. Вот почему нельзя внушать ребенку мысль о его абсолютной безнадежности и ставить его в соответствующие условия.

*Люба Ю., ученица 2 класса. Девочка родилась от первой беременности. Роды тяжелые, девочка была в течение месяца в условиях стационара.*

*В детстве болела простудными заболеваниями, в настоящее время у Любы*

заболевание почек. Физическое развитие ребенка соответствует возрасту; зрение, слух без видимых нарушений.

Девочка дисциплинированная, к учебным предметам относится серьезно, старательна. Учебный материал усваивает, с заданиями учителя справляется самостоятельно. Любимые предметы Любы - чтение, изобразительное искусство. В свободное время предпочитает писать, рисовать.

Внимание устойчивое. Переключаемость внимания затруднена. Девочка не сразу переходит от одного вида упражнения к другому, ей требуется время. Объем внимания достаточный - 2-3 объекта. У девочки преобладает произвольное внимание.

Люба некоторые явления окружающей действительности воспринимает неполно, но знает меру времени, называет последовательность событий. Чувствует форму и величину предметов. Расположение предметов в пространстве определяет правильно. При наблюдении за предметами и явлениями видит и называет основные изменения.

У девочки развита преимущественно зрительная память, причем преобладает память механическая. Мыслительная деятельность ученицы достаточно активна, но суждения даются с трудом, причинно-следственные зависимости устанавливает слабо. Затруднений в выполнении сравнения нет. Сложнее дается анализ, синтез. Абстрактные понятия и явления не всегда доступны. Выводы делает с помощью учителя. Развито наглядно-действенное мышление.

Люба хорошо понимает обращенную к ней речь. При том что темп речи у нее нормальный, словарь развит недостаточно. Монологическая речь связная, выразительная. Девочка умеет поддержать тему разговора, отвечает на вопросы, сложнее для нее задать вопрос. Письменной речью владеет слабо, не всегда может выразить свои мысли, хотя предложения строит правильно. Грубых дефектов в речи нет.

Девочка организованная. Легко подчиняется требованиям одноклассников. К ученикам класса относится внимательно, дружелюбно, старается помочь. Авторитетом особым не пользуется, влиять на других не умеет. К работе относится добросовестно. В контакт вступает легко, общительная. Дружит как с девочками, так и с мальчиками.

Люба трудолюбива, может справиться с работой без помощи взрослых. За своим внешним видом следит. Но она нерешительна, трудности переносит с трудом, внушаемая, склонна к аффективным вспышкам, может длительно переживать какое-либо событие. Самооценка занижена.

В коррекционно-педагогической работе следует опираться на такие черты характера Любы, как доброжелательность, трудолюбие, исполнительность.

Большое внимание следует уделить формированию адекватной самооценки ученицы, уверенности в себе.

Такие дети требуют санаторных условий, отдыха, сна, правильного режима питания, медикаментозного лечения. Прогноз таких детей зависит от их состояния здоровья.

**3. Задержка психического развития психогенного происхождения.** Этот тип нарушения связан с неблагоприятными условиями воспитания, рано возникшими и длительно действующими. ЗПР такого типа возникает в трёх основных случаях:

**1) недостаточная опека, безнадзорность.** Это наиболее часто встречающийся вариант. В таких случаях у ребёнка наблюдается аномальное развитие личности по типу психической неустойчивости (Г. Е. Сухарева, 1959; В. В. Ковалев, 1979 и др.). У ребёнка не воспитываются формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие познавательной деятельности, интеллектуальных интересов. Наблюдаются черты незрелости эмоционально-волевой сферы, а именно: аффективная

лабильность, импульсивность, повышенная внушаемость. Так же наблюдается недостаток базовых знаний и представлений, необходимых для усвоения школьной программы. Лебединская отмечает отдельно, что этот тип ЗПР следует отличать от явлений педагогической запущенности, которые являются не патологическим явлением, а ограниченным дефицитом знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации.

**2) гиперопека, или воспитание по типу «кумира семьи».** Чаще всего бывает у тревожных родителей. Они «привязывают» ребёнка к себе, одновременно и потакая капризам ребёнка, и заставляя его поступать наиболее удобным и безопасным для родителя способом. Из окружения ребёнка устраняются любые препятствия или опасности, как реальные так и мнимые. Таким образом, ребёнок лишается возможности самостоятельно преодолевать трудности, соотносить свои желания и потребности с усилиями которые надо приложить чтобы их реализовать, в результате, возникает всё та же неспособность к торможению собственного аффекта, эмоциональная лабильность, и т. д. Ребёнок не самостоятелен, не инициативен, эгоцентричен, не способен к длительному волевому усилию, чрезмерно зависим от взрослых. Развитие личности идет по принципу *психогенного инфантилизма*.

**3) развитие личности по невротическому типу.** Наблюдается в семьях с очень авторитарными родителями или там где допускается постоянное физическое насилие, грубость, деспотичность, агрессия к ребёнку, другими членами семьи. У ребёнка могут возникнуть навязчивости, неврозы или неврозоподобные состояния. Формируется эмоционально-незрелая личность, для которой характерны страхи, повышенный уровень тревожности, нерешительность, неинициативность, возможен и синдром выученной беспомощности. Интеллектуальная сфера страдает, так как вся деятельности ребёнка подчинена мотиву избегания неудачи, а не достижению успеха, следовательно такие дети, в принципе, не будут делать ничего, что могло бы лишней раз подтвердить их несостоятельность.

*Юра Б., 8 лет, ученик 2 класса. В семье мальчик - третий ребенок. Материальное положение семьи тяжелое, мать и отец - безработные, отец злоупотребляет алкоголем, основное воспитание осуществляет мама. Единства требований в воспитании нет, в семье происходят часто скандалы, дети в основном представлены сами себе.*

*По физическому развитию Юра соответствует норме.*

*Мальчик пассивен, интерес к обучению снижен, в контакт вступает настороженно, проявляет тревожность.*

*Со 2 полугодия 2 класса обучается в школе - интернате, у него есть пробелы в усвоение программы.*

*В отношении учебной деятельности учитель отзывается о мальчике положительно. Практические умения и навыки развиты в соответствии с требованиями программы. Различает слова, обозначающие предметы, и слова, обозначающие действия; списывает с печатного текста, анализирует слова по звуковому составу. Умеет без помощи учителя правильно и полно ответить на поставленный вопрос; знает много стихотворений наизусть; читает тексты полными словами, трудные слова по слогам, но не может составлять большие предложения.*

*По математике умеет выполнять действия с числами в пределах 20 без перехода через разряд, решать простые и составные задачи, распознавать углы, чертить отрезки, называть и обозначать единицы измерения и т.д. По рисованию и ручному труду программу усваивает, грубых нарушений в мелкой моторике нет. Юра обучается по программе коррекционно-развивающего обучения совместно с другими учениками, но часто учитель*

дает ему дополнительные задания. Процесс обучения имеет ярко выраженную коррекционную направленность. Например, урок математики: на устном счете учитель проводит игру на развитие внимания, памяти, подбирает задания, способствующие развитию логического мышления, использует приемы для развития связной речи и других познавательных процессов.

На уроках привлечь внимание ребенка можно без особого труда, если материал занимательный. В этом случае внимание его не рассеивается. Если спросить мальчика в тот момент, когда он отвлекается, он дает полный и правильный ответ, у него преобладает произвольное внимание. Оно устойчивое, легко переключается с одного вида деятельности на другой. Юра легко воспринимает целостный предмет, редко затрудняется в узнавании его отдельных частей. Мальчик ориентируется в единицах измерения времени.

Новый учебный материал Юра запоминает практически в полном объеме, правильно применяет его на практике. Он с удовольствием заучивает стихотворения, которые читают на уроках, и в конце урока воспроизводит без ошибок, сложные предложения строит без помощи учителя. У ученика преобладает зрительно-слуховой вид памяти, но наблюдается и механическая и словесно-логическая память. У мальчика преобладает наглядно-образное мышление. Он всегда активен на уроках, поднимает руку и пытается ответить на вопросы учителя.

Юра легко справляется с заданиями, требующими сравнения по образу или по аналогии. Выводы и обобщения может делать самостоятельно, но иногда опирается на план-схему. Речь экспрессивная с «проглатыванием» отдельных слогов, звукопроизношение нарушено. Мальчик занимается с логопедом. Обращенную речь понимает без труда и выполняет соответствующие инструкции. Монологическая речь развита слабо, в диалоге умеет поддерживать беседу, задает вопросы, дает полные ответы. Дефекты устной речи на письменную не влияют.

С первых дней обучения ребенок легко освоился в коллективе. В интернате он не скучал по дому, так как брат и сестра обучаются в этом же интернате.

Мальчик стал активнее, он уважает своих сверстников, ко всем детям относится положительно.

Ребенку присущи такие нравственные качества, как доброта, отзывчивость. Учиться стал с желанием, занятия практически не пропускает. Он стал решительным, в трудной ситуации не ждет помощи, проявляет свое волевое усилие. Ребенок умеет оценивать свой поступок и поступки товарищей. Самооценка Юры совпадает с оценкой товарищей, а также с оценкой родителей и учителей.

#### **4. Задержка психического развития церебрастенического происхождения.**

У детей такого варианта отклонений имеется органическое поражение ЦНС, но это органическое поражение носит очаговый характер и не вызывает стойкого нарушения познавательной деятельности, не приводит к умственной отсталости.

Этот вариант ЗПР встречается наиболее часто и нередко обладает большой стойкостью выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности и занимает основное место в данной задержке развития.

Изучение анамнеза детей с этим типом ЗПР в большинстве случаев показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, чаще резидуального характера вследствие патологии беременности, недоношенность, асфиксии и травмы при родах.

Церебрально-органическая недостаточность накладывает типичный отпечаток на структуру ЗПР, провоцируя эмоционально-волевою незрелость и определяя характер нарушений познавательной деятельности.

Поступающим в школу детям с ЗПР свойствен ряд специфических особенностей. Они не вполне готовы к школьному обучению. У них не сформированы умения, навыки, недостает знаний для усвоения программного материала. Они не в состоянии без специальной помощи овладеть счетом, чтением и письмом. Им трудно соблюдать принятые в школе нормы поведения. Они испытывают трудности в произвольной организации деятельности. Эти трудности усугубляются ослабленным состоянием их нервной системы.

Существуют типичные *особенности, свойственные всем детям с ЗПР.*

1. Ребенок с ЗПР уже на первый взгляд не вписывается в атмосферу класса массовой школы своей наивностью, несамостоятельностью, непосредственностью, он часто конфликтует со сверстниками, не воспринимает и не выполняет школьных требований, но в то же время он прекрасно чувствует себя в игре, прибегая к ней в тех случаях, когда возникает необходимость уйти от трудной для него учебной деятельности, хотя высшие формы игры со строгими правилами детям с ЗПР недоступны и вызывают страх или отказ играть.

2. Не осознавая себя учеником и не понимая мотивов учебной деятельности и ее целей, такой ребенок затрудняется в организации собственной целенаправленной деятельности.

3. Информацию, идущую от учителя, ученик воспринимает замедленно и так же ее перерабатывает, а для более полного восприятия он нуждается в наглядно-практической опоре и в предельной развернутости инструкций. Словесно-логическое мышление недоразвито.

4. У детей с ЗПР низкий уровень работоспособности, быстрая утомляемость, объем и темп работы ниже, чем у нормального ребенка.

5. Для них недоступно обучение по программе массовой школы, усвоение которой не соответствует темпу их индивидуального развития.

6. В массовой школе такой ребенок впервые начинает осознавать свою несостоятельность как ученика, у него возникает чувство неуверенности в себе, страх перед наказанием и уход в более доступную деятельность.

**Отличие от умственной отсталости** У детей с ЗПР выше обучаемость, они лучше используют помощь учителя или старших, способны выработать стереотип поведения в аналогичной ситуации. Они пытаются понять прочитанное, прибегая при необходимости к повторному чтению. Погрешности в письме, фонетико-фонематическом анализе менее выражены. Помощь учителя в освоении счета более эффективна.

Считается, что ЗПР носит временный характер, поражения ВПФ отличаются парциальностью и умеренно выражены.

### ***3.1.2. Психологические особенности задержки психического развития***

Если олигофрения (психическое недоразвитие) является стойким необратимым отклонением, то ЗПР характеризуется временным замедлением темпа развития ВПФ, эмоционально-волевой сферы, нарушением поведения, снижением успеваемости. Это чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, низкой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой утомляемости при интеллектуальной деятельности.

Диагноз ЗПР обычно выставляется при отборе в школу и распространяется на период начального школьного обучения, в течение которого или происходит компенсация имеющейся психической недостаточности, или меняется диагноз и условия обучения (если обучение осуществлялось в общеобразовательной школе).

К.С. Лебединский (1982) детализирует их, выделяя 4 варианта ЗПР:

### **1. Психологическая характеристика ЗПР конституционального происхождения**

Г.Е. Сухарева (1965) характеризует этот вариант ЗПР как психофизический инфантилизм. При этом инфантильность психики часто сочетается с инфантильным типом телосложения с детскими особенностями мимики и моторики. Эмоциональная сфера ребенка находится на более раннем этапе возрастного развития с яркостью и непосредственностью эмоций, преобладанием эмоциональных реакций в поведении, с доминированием игровых интересов, повышенной внушаемости и недостаточной самостоятельности. Эти дети активны в игре, проявляют много творчества и одновременно быстро истощаются при интеллектуальной деятельности. Поэтому они не могут долго заниматься на уроке, и не умеют подчиняться правилам дисциплины.

В более старшем возрасте эмоциональная незрелость затрудняет социальную адаптацию и вместе с неблагоприятными условиями ни способствуют патологическому формированию личности по неустойчивому типу (Ковалев В.В., 1979).

Наличие подобных случаев в семье свидетельствует о генетическом конституциональном происхождении ЗПР. Однако возможно развитие данной ее формы и в результате негрубых обменно-трофических заболеваний перинатального периода и первого года жизни.

### **2. Психологическая характеристика соматогенной и психогенной форм ЗПР**

А - Соматогенная форма ЗПР возникает в результате длительных, часто хронических заболеваний, пороков развития. При этом хроническая физическая и психическая астения тормозит развитие активных форм деятельности, способствует формированию таких свойств характера, как неуверенность в своих силах, повышенная тревожность, мнительность. Эти свойства усиливаются созданием для больного или физически ослабленного ребенка режима ограничений и запретов, что вызывает дополнительную инфантилизацию в условиях гиперопеки или социальной депривации.

Б - Психогенная ЗПР связана с неблагоприятными условиями воспитания. При раннем возникновении и длительном действии психотравмирующего фактора могут возникнуть стойкие изменения психологической сферы ребенка. Они обуславливают отклоняющееся развитие его личности.

В условиях гиперопеки может формироваться патологическое развитие личности по типу психической неустойчивости: неумением регулировать свои эмоции и желания, импульсивностью, отсутствием чувства долга и ответственности.

В условиях гиперопеки психогенная ЗПР проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевым усилиям, трудовой деятельности. В психотравмирующих условиях воспитания, где преобладают жестокое отношение или грубая авторитарность, формируется невротическое развитие личности с отсутствием инициативы, и самостоятельности, наличием повышенной тревожности.

### **3. Психологическая характеристика церебро-органической ЗПР.**

Встречается наиболее часто, отличается большей выраженностью проявлений и длительностью течения. Она требует создания специальных условий коррекционно-развивающего обучения. Вызывается патологией беременности и родов, инфекционным поражением, интоксикацией, травмами нервной системы в первые годы жизни. Более ранний срок воздействия и массивное поражение коры мозга вызывает психическое недоразвитие, а

воздействия в более поздний период, когда созревание, дифференциация основных мозговых систем закончена и частичное локальное поражение коры вызывает ЗПР.

Задержка темпов развития отмечается в нескольких функциональных системах. Так, Марковская И.Ф. (1983) выявила у 32% детей с ЗПР замедление темпа физического развития, у 69% - моторных функций, у 63%-речи, 36%-энурез.

В случаях возникновения ЗПР при постнатальных воздействиях (инфекции, интоксикации, травмы), перенесенными в первые 3-4 года жизни, можно наблюдать наличие временного регресса приобретенных навыков и их последующую нестойкость (нарушение при психологических кризисах). При более поздних сроках поражения одновременно с явлениями незрелости признаки расстройства функций ЦНС становятся практически постоянными.

Это обуславливает в целом наличие в психологической структуре ЗПР постоянных симптомов энцефалопатии: церебростенический, неврозоподобный, психопатоподобный, эпилептический, нейродинамический и др. Часто отмечаются признаки гидроцефалии, нарушения черепно-мозговой иннервации, выраженной вегетативной дистонии. Стойкая неврологическая симптоматика резидуального характера отмечается у 50-92% таких детей (Марковская И. Ф., 1963). За рубежом эти нарушения называют минимальным повреждением мозга или минимальной мозговой дисфункцией.

Выделяют две группы церебрально-органической ЗПР (Лебединский В.В., 1983):

#### *1. С преобладанием явлений органического инфантилизма*

Энцефалопатические расстройства умеренно выражены и проявляются обычно в церебростенических, реже - легких неврозоподобных явлениях, повышенной психомоторной возбудимостью. В неврологическом статусе отмечается легкая рассеянная микросимптоматика, признаки незрелости, негрубая вегетативная неустойчивость. В физическом облике часто преобладают инфантильные черты.

В отличие от ребенка более младшего возраста или конституционального инфантилизма при органическом инфантилизме эмоции характеризуются отсутствием непосредственности и яркости, отличаются примитивностью проявлений. Грубая внушаемость связана с органическим дефектом критики. При явном преобладании игровых интересов над учебными наблюдается и в игре однообразие, отсутствие творчества и слабость воображения.

У детей с повышенным эйфоричным настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность, внешне имитирующие детскую жизнерадостность и непосредственность. Характерна неспособность к волевому усилию и систематической деятельности. На уроках отмечаются нарушения дисциплины. Высказывают отрицательное отношение к учебе, им неинтересно и трудно, а хочется гулять и играть.

Для детей с преобладанием пониженного настроения характерна склонность к страхам, повышенной тревожности, снижена общая активность, инициатива, самостоятельность. Поведение критично, адекватно. Часто тяжело переживают свою школьную дезадаптацию.

#### *2. С преобладанием нарушений познавательной деятельности*

Черты незрелости сочетаются с признаками повреждения ЦНС. Более грубую картину, близкую к психопатоподобному синдрому, представляют проявления органического инфантилизма. Одни дети отличают повышенной расторможенностью, агрессивностью, у других детей помимо повышенной тревожности, мнительности наблюдается и пассивность. Церебростенические и неврозоподобные расстройства более выражены, нередко психопатоподобные, эпилептиформные и апатико-динамические явления. В неврологическом статусе наблюдается геми-синдром, экстрапирамидная недостаточность, нарушения черепно-мозговой иннервации.

Отмечается недостаточность не самого мышления, а его предпосылок: памяти, внимания, пространственного восприятия и других ВПФ, а также нарушение темпа, динамичности основных психических процессов. Т. к. нарушаются более элементарные психические функции зрительного слухового восприятия, моторики. Отмечается замедленность процессов приема и переработки сенсорной информации; неполноценность пространственной ориентировки, недостаточность памяти, отставание в речевом развитии. Наблюдается слабость познавательной активности, затруднения в навыках чтения, письма, счета.

Повышенная истощаемость (церебральная астения) лежит в основе ослабленной умственной работоспособности, снижения внимания. Познавательная деятельность также может страдать от двигательной расторможенности, аффективной возбудимости или, наоборот, вследствие нейродинамических нарушений. Неуспевающие дети оцениваются их сверстниками не только как "глупые, ленивые, но и как злые и некрасивые". Это вызывает их социальную изоляцию в классе. С ними не хотят дружить, сидеть за одной партой. Это рождает гиперкомпенсаторные реакции, направленные на фиксации своей деятельности, на игровой форме, в которой они имеют ряд преимуществ, что еще более усугубляет их школьную дезадаптацию и депривацию.

### ***3.1.3. Коррекционное учреждение для детей с ЗПР***

**Коррекционное учреждение 7 вида** предназначено для детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохраненных возможностях интеллектуального развития наблюдается слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, а также повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость.

Выделяют следующие **ступени образования**:

1. Начальное образование (3-5 лет). Дети, начавшие обучение в общеобразовательном учреждении с 7-летнего возраста, принимаются во 2 класс коррекционного учреждения (срок обучения 3 года – 2,3,4 классы); начавшие обучение с 6 лет, принимаются в 1 класс (срок обучения 4 года – 1,2,3,4 классы). Дети, не обучавшиеся в общеобразовательном учреждении и показавшие недостаточную готовность к обучению, принимаются с 7 лет в первый класс (срок обучения 4 года); с 6-летнего возраста – в подготовительный класс (срок обучения 5 лет).

2. Основное общее образование (срок обучения 5 лет).

Прием детей осуществляется только в подготовительный, 1 и 2 классы. Наполняемость классов – до 12 человек. Вопрос о переводе воспитанников в общеобразовательные учреждения по мере коррекции отклонений в их развитии осуществляется после получения начального общего образования. С диагностической целью воспитанник может находиться в учреждении в течение 1 года.

## **3.2. Развитие познавательных процессов детей дошкольного возраста с ЗПР**

### ***3.2.1. Особенности памяти, внимания, восприятия при ЗПР***

Для детей с задержкой психического развития характерна значительная неоднородность нарушенных и сохраненных звеньев психической деятельности, а так же ярко выраженная неравномерность формирования разных сторон психической деятельности.

Как показывают многочисленные клинические и психолого-педагогические исследования, существенное место в структуре дефекта умственной деятельности при данной аномалии развития принадлежит нарушениям памяти.

Наблюдения педагогов и родителей за детьми с ЗПР, а также специальные психологические исследования указывают на недостатки в развитии их произвольной памяти. Многие из того, что нормально развивающиеся дети запоминают легко, как бы само собой, вызывает значительные усилия у их отстающих сверстников и требует специально организованной работы с ними.

Одной из основных причин недостаточной продуктивности произвольной памяти у детей с ЗПР является снижение их познавательной активности. В исследовании Т.В. Егоровой (1969) эта проблема была подвергнута специальному изучению. Одна из применявшихся в работе экспериментальных методик предусматривала использование задания, цель которого состояла в раскладывании картинок с изображениями предметов на группы в соответствии с начальной буквой названия этих предметов. Было выявлено, что дети с задержкой развития не только хуже воспроизводили словесный материал, но и тратили на его припоминание заметно больше времени, чем их нормально развивающиеся сверстники. Главное отличие заключалось не столько в неординарной продуктивности ответов, сколько в разном отношении к поставленной цели. Дети с ЗПР самостоятельно почти не предпринимали попыток добиться более полного припоминания и редко применяли для этого вспомогательные приемы. В тех случаях, когда это все же происходило, зачастую наблюдалась подмена цели действия. Вспомогательный способ использовался не для припоминания нужных слов, начинающихся на определенную букву, а для придумывания новых (посторонних) слов на ту же букву.

В исследовании Н.Г. Поддубной изучалась зависимость продуктивности произвольного запоминания от характера материала и особенностей деятельности с ним у дошкольников с ЗПР. Испытуемые должны были устанавливать смысловые связи между единицами основного и дополнительного наборов слов и картинок (в разных комбинациях). Дети с ЗПР обнаружили затруднения при усвоении инструкции к сериям, требующим самостоятельного подбора существительных, подходящих по смыслу к предъявленным экспериментатором картинкам или словам. Многие дети не поняли задание, но стремились побыстрее получить экспериментальный материал и начать действовать. При этом они, в отличие от нормально развивающихся дошкольников, не могли адекватно оценить свои возможности и были уверены, что знают, как выполнять задание. Выявились отчетливые различия как по продуктивности, так и по точности и устойчивости произвольного запоминания. Количество правильно воспроизводимого материала в норме было выше в 1,2 раза.

Н.Г. Поддубная отмечает, что наглядный материал запоминается лучше вербального и в процессе воспроизведения является более действенной опорой. Автор указывает на то, что произвольная память у детей с ЗПР страдает не в такой мере, как произвольная, поэтому целесообразно ее широкое использование при их обучении.

Т.А. Власова, М.С. Певзнер указывают на снижение произвольной памяти у детей с задержкой психического развития как на одну из главных причин их трудностей в школьном обучении. Эти дети плохо запоминают тексты, не удерживают в уме цель и условия задачи. Им свойственны колебания продуктивности памяти, быстрое забывание выученного.

Специфические особенности памяти детей с ЗПР:

1. Снижение объема памяти и скорости запоминания;
2. Произвольное запоминание менее продуктивно, чем в норме;
3. Механизм памяти характеризуется снижением продуктивности первых попыток запоминания, но время, необходимое для полного заучивания, близко к норме;

4. Преобладание наглядной памяти над словесной;
5. Снижение произвольной памяти;
6. Нарушение механической памяти.

Причины нарушенного внимания:

1. Оказывают свое влияние имеющиеся у ребенка астенические явления.
2. Несформированность механизма произвольности у детей.
3. Несформированность мотивации, ребенок проявляет хорошую концентрацию внимания, когда интересно, а где требуется проявить другой уровень мотивации – нарушение интереса.

Исследователь детей с ЗПР Жаренкова Л.М. отмечает следующие особенности внимания, характерные для данного нарушения:

- Низкая концентрация внимания: неспособность ребенка сосредоточиться на задании, на какой-либо деятельности, быстрая отвлекаемость. В исследовании Н.Г. Поддубной ярко проявились особенности внимания у детей с ЗПР: в процессе выполнения всего экспериментального задания наблюдались случаи колебаний внимания, большое количество отвлечений, быстрая истощаемость и утомляемость.

- Низкий уровень устойчивости внимания. Дети не могут длительно заниматься одной и той же деятельностью.

- Узкий объем внимания.

Неустойчивость внимания и снижение работоспособности у детей данной категории имеют индивидуальные формы проявления. Так, у одних детей максимальное напряжение внимания и наиболее высокая работоспособность обнаруживаются в начале выполнения задания и неуклонно снижаются по мере продолжения работы; у других детей наибольшее сосредоточение внимания наступает после некоторого периода деятельности, то есть этим детям необходим дополнительный период времени для включения в деятельность; у третьей группы детей отмечаются периодические колебания внимания и неравномерная работоспособность на протяжении всего выполнения задания.

Более сильно нарушено произвольное внимание. В коррекционной работе с этими детьми необходимо придавать большое значение развитию произвольного внимания. Для этого использовать специальные игры и упражнения («Кто внимательней?», «Чего не стало на столе?» и так далее). В процессе индивидуальной работы применять такие приемы, как: рисование флажков, домиков, работа по образцу и т.д.

У детей с задержкой психического развития наблюдается низкий (по сравнению с нормально развивающимися сверстниками) уровень развития восприятия. Это проявляется в необходимости более длительного времени для приёма и переработки сенсорной информации; в недостаточности, фрагментарности знаний этих детей об окружающем мире; в затруднениях при узнавании предметов, находящихся в непривычном положении, контурных и схематических изображений. Сходные качества этих предметов воспринимаются ими обычно как одинаковые. Эти дети не всегда узнают и часто смешивают сходные по начертанию буквы и их отдельные элементы; часто ошибочно воспринимают сочетания букв и т. д.

На этапе начала систематического обучения у детей с ЗПР выявляется неполноценность тонких форм зрительного и слухового восприятия, недостаточность планирования и выполнения сложных двигательных программ.

У детей этой группы недостаточно сформированы и пространственные представления: ориентировка в направлениях пространства в продолжение довольно длительного периода осуществляется на уровне практических действий; часто возникают трудности при пространственном анализе и синтезе ситуации. Поскольку развитие пространственных

представлений тесно связано со становлением конструктивного мышления, то и формирование представлений данного вида у детей с ЗПР также имеет свои особенности. Например, при складывании сложных геометрических фигур и узоров дети с ЗПР часто не могут осуществить полноценный анализ формы, установить симметричность, тождественность частей конструируемых фигур, расположить конструкцию на плоскости, соединить её в единое целое. В то же время, в отличие от умственно отсталых, дети рассматриваемой категории относительно простые узоры выполняют правильно.

Все дети с ЗПР без особого труда справляются с заданием на составление картинок, на которых изображен единичный предмет (петух, медведь, собака). В этом случае ни количество частей, ни направление разреза не вызывают затруднений. Однако при усложнении сюжета необычное направление разреза (диагональный), увеличение количества частей приводят к появлению грубых ошибок и к действиям методом проб и ошибок, то есть заранее составить и продумать план действия дети не могут. Во всех этих случаях детям приходится оказывать различные виды помощи: от организации их деятельности до наглядной демонстрации способа выполнения.

Причины нарушенного восприятия у детей с ЗПР:

1. При ЗПР нарушена интегративная деятельность коры головного мозга, больших полушарий и, как следствие, нарушена координированная работа различных анализаторных систем: слуха, зрения, двигательной системы, что ведет к нарушению системных механизмов восприятия.

2. Недостатки внимания у детей с ЗПР.

3. Недоразвитие ориентировочно-исследовательской деятельности в первые годы жизни и, как следствие, ребенок недополучает полноценного практического опыта, необходимого для развития его восприятия.

Задача дефектолога заключается в том, чтобы помогать ребенку с ЗПР упорядочить процессы восприятия и учить воспроизводить предмет целенаправленно. На первом учебном году обучения взрослый руководит восприятием ребенка на занятии, в более старшем возрасте детям предлагается план их действий. Для развития восприятия материал детям предлагается в виде схем, цветных фишек.

### ***3.2.2. Особенности мыслительной деятельности детей с ЗПР***

Эту проблему изучали У.В. Ульенкова, Т.В. Егорова, Т.А. Стрекалова и другие. Мышление у детей с ЗПР более сохранно, чем у умственно отсталых детей, более сохранна способность обобщать, абстрагировать, принимать помощь, переносить умения в другие ситуации.

На развитие мышления оказывают влияние все психические процессы:

1. уровень развития внимания;
2. уровень развития восприятия и представлений об окружающем мире (чем богаче опыт, тем более сложные выводы может делать ребенок);
3. уровень развития речи;
4. уровень сформированности механизмов произвольности (регуляторных механизмов).

Чем старше ребенок, тем более сложные задачи он может решить. К 6 годам дошкольники способны выполнять сложные интеллектуальные задачи, даже если они ему неинтересны (действует принцип: «так надо» и самостоятельности).

У детей с ЗПР все эти предпосылки развития мышления в той или иной степени нарушены. Дети с трудом концентрируются на задании. У этих детей нарушено восприятие, они имеют в своем арсенале довольно скудный опыт – все это определяет особенности мышления ребенка с задержкой психического развития.

Та сторона познавательных процессов, которая у ребенка нарушается, связана с нарушением одного из компонентов мышления.

У детей с ЗПР страдает связная речь, нарушена способность планировать свою деятельность с помощью речи; нарушена внутренняя речь – активное средство логического мышления ребенка.

Общие недостатки мыслительной деятельности детей с ЗПР:

1. Несформированность познавательной, поисковой мотивации (своеобразное отношение к любым интеллектуальным задачам). Дети стремятся избежать любых интеллектуальных усилий. Для них непривлекателен момент преодоления трудностей (отказ выполнять трудную задачу, подмена интеллектуальной задачи более близкой, игровой задачей.). Такой ребенок выполняет задачу не полностью, а ее более простую часть. Дети не заинтересованы в результате выполнения задания. Эта особенность мышления проявляется в школе, когда дети очень быстро теряют интерес к новым предметам.

2. Отсутствие выраженного ориентировочного этапа при решении мыслительных задач. Дети с ЗПР начинают действовать сразу, с ходу. Это положение подтвердилось в эксперименте Н.Г. Поддубной. При предъявлении инструкции к заданию многие дети не поняли задания, но стремились побыстрее получить экспериментальный материал и начать действовать. Следует заметить, что дети с ЗПР в большей мере заинтересованы в том, чтобы побыстрее закончить работу, а не качеством выполнения задания. Ребенок не умеет анализировать условия, не понимает значимости ориентировочного этапа, что приводит к появлению множества ошибок. Когда ребенок начинает обучаться, очень важно создать условия для того, чтобы он первоначально думал, анализировал задание.

3. Низкая мыслительная активность, «бездумный» стиль работы (дети, из-за поспешности, неорганизованности действуют наугад, не учитывая в полном объеме заданного условия; отсутствует направленный поиск решения, преодоления трудностей). Дети решают задачу на интуитивном уровне, то есть ребенок вроде бы правильно дает ответ, но объяснить его не может.

4. Стереотипность мышления, его шаблонность.

Дети с ЗПР затрудняются действовать по наглядному образцу из-за нарушений операций анализа, нарушение целостности, целенаправленности, активности восприятия – все это ведет к тому, что ребенок затрудняется проанализировать образец, выделить главные части, установить взаимосвязь между частями и воспроизвести данную структуру в процессе собственной деятельности.

Дети могут успешно классифицировать предметы по таким наглядным признакам, как цвет и форма, однако с большим трудом выделяют в качестве общих признаков материал и величину предметов, затрудняются в абстрагировании одного признака и сознательном его противопоставлении другим, в переключении с одного принципа классификации на другой. При анализе предмета или явления дети называют лишь поверхностные, несущественные качества с недостаточной полнотой и точностью. В результате дети с ЗПР выделяют в изображении почти вдвое меньше признаков, чем их нормально развивающиеся сверстники.

У детей с задержкой психического развития имеются нарушения важнейших мыслительных операций, которые служат составляющими логического мышления:

- Анализ (увлекаются мелкими деталями, не может выделить главное, выделяют незначительные признаки);

- Сравнение (сравнивают предметы по несопоставимым, несущественным признакам);

- Классификация (ребенок осуществляет классификацию часто правильно, но не может осознать ее принцип, не может объяснить то, почему он так поступил).

У всех детей с ЗПР уровень логического мышления значительно отстает от уровня нормального дошкольника. К 6 годам дети с нормальным умственным развитием начинают рассуждать, делать самостоятельные выводы, стараются все объяснить. Дети самостоятельно овладевают двумя видами умозаключений:

1. Индукция (ребенок способен делать общий вывод путем частных фактов, то есть от частного к общему).

2. Дедукция (от общего к частному).

Дети с ЗПР испытывают очень большие трудности при выстраивании самых простых умозаключений. Этап в развитии логического мышления – осуществление вывода из двух посылок – еще мало доступен детям с ЗПР. Чтобы дети сумели сделать вывод, им оказывает большую помощь взрослый, указывающий направление мысли, выделяющий те зависимости, между которыми следует установить отношения. По мнению Ульяновской У.В., «дети с ЗПР не умеют рассуждать, делать выводы; стараются избегать таких ситуаций. Эти дети из-за несформированности логического мышления дают случайные, необдуманные ответы, проявляют неспособность к анализу условий задачи. При работе с этими детьми необходимо обращать особое внимание на развитие у них всех форм мышления».

Клинические и нейропсихологические исследования выявили отставание в становлении речи детей с ЗПР, низкую речевую активность, недостаточность динамической организации речи. У этих детей отмечается ограниченность словаря, неполноценность понятий, низкий уровень практических обобщений, недостаточность словесной регуляции действий. Наблюдается отставание в развитии контекстной речи; существенно запаздывает развитие внутренней речи, что затрудняет формирование прогнозирования, саморегуляции в деятельности.

У детей с ЗПР выявляется бедный, недифференцированный словарный запас.

При использовании даже имеющихся в словаре слов дети часто допускают ошибки, связанные с неточным, а иногда и неправильным пониманием их смысла.

Одним словом дети часто обозначают не только сходные, но и относящиеся к разным смысловым группам понятия. Недостаточность словарного запаса связана с недостаточностью знаний и представлений этих детей об окружающем мире, о количественных, пространственных, причинно-следственных отношениях, что в свою очередь определяется особенностями познавательной деятельности личности при задержке психического развития.

Ряд нарушений наблюдается и в процессе формирования чувства языка. У детей с ЗПР период словотворчества наступает позже и продолжается дольше, чем в норме. К концу дошкольного возраста у детей этой группы может наблюдаться «взрыв» словотворчества, однако употребление неологизмов отличается рядом особенностей. Например, для образования слов одной грамматической категории может быть использован один и тот же образовательный аффикс («мост — мостик», «гроза — грозик», «соль — солик»).

### **3.3. Развитие личностной сферы детей с ЗПР**

Эмоционально-волевая сфера личности обеспечивает произвольную саморегуляцию личности в ее взаимодействии со средой. «Аффективно-эмоциональная сфера» обозначают

психоэмоциональный потенциал личности, который обеспечивает силу, сбалансированность и волевую подконтрольность эмоций и психических состояний. В норме аффективно-волевые механизмы обеспечивают уравновешенность поведения, самоконтроль и саморегуляцию эмоций, баланс процессов возбуждения и торможения, устойчивость к вовлечению в состояние аффекта. Расстройства в аффективной сфере заключаются в снижении возможности произвольной регуляции поведения, что проявляется в повышенной возбудимости, либо в повышенной заторможенности поведения. У детей с ЗПР расстройства в аффективной сфере значительно более часты, чем у нормальных детей. Причиной является нередко выраженная церебральная недостаточность, отставание в развитии нервной системы.

У детей преобладает возбудимый тип (60,4%) поведения и встречается заторможенный тип поведения (33,4%).

1) поведение аффективно – возбудимого типа имеет три формы по своим клинико-психологическим проявлениям:

- психической неустойчивости.
- поведение с преобладанием стойкой (повышенной) аффективной возбудимости,
- расторможенности влечений,

А) для психики неустойчивых детей характерно сочетание импульсивности с повышенной внушаемостью, заражаемостью. Поведенческих реакций у психически неустойчивых детей – получение удовольствия или подражание, неспособность противостоять внешнему влиянию. Попадая в детский коллектив, быстро оказываются в подчинении у лидеров и более сильных характером. Они физически неутомимы, двигательны активны, назойливы и болтливы. Зависимы от сиюминутного настроения, весьма, как правило, неустойчивого; самосознание, как основа автономности личности, ее сопротивляемости вредному влиянию очень долго запаздывает в своем развитии.

Б) для детей с повышенной аффективной возбудимостью характерно стойкое преобладание таких психических состояний, как импульсивность, бурные реакции (слезы, резкие движения, гневливость, ярость), склонность к агрессии (физической и словесной), конфликтность, драчливость, грубая реакция протеста, отказа при контактах с взрослым. У детей с ЗПР имеются недостатки развития нервной системы, аффективные вспышки нередко оканчиваются головной болью, повышением температуры, состоянием усталости. Часто такие дети являются лидерами. Аффективное поведение сочетается с состоянием педагогической запущенности, склонностью к асоциальным поступкам. Они имеют относительно благоприятный прогноз развития: при систематической медикаментозной терапии и целенаправленном воспитании, активном формировании навыков самоконтроля, саморегуляции и положительных коммуникативных установок проявления аффектов сглаживаются.

В) расторможенностью влечений как вариант возбудимого поведения проявляется в том, что ребенок не может сдерживать инстинкты и агрессивные наклонности. У них отмечается ранней онанизм, раннее проявление сексуальности, ранняя алкоголизация, курение, проявление жестокости вплоть до садизма, склонность к побегам и бродяжничеству, kleptomania (воровать), пиромания (поджигать).

2) поведение заторможенного типа является вторым вариантом аффективно-волевых отклонений у детей с ЗПР. Дети медлительны, апатичны, прибегают к реакции отказа, уклонения. При замечании или при недоброжелательной интонации взрослого дети, цепенеют, снижают, часто плачут. Будучи внешне заторможенными, эти дети отличаются, однако, повышенной чувствительностью, чутко улавливают отношение к себе, очень восприимчивы к похвале, ласке.

По мнению В.И. Лубовского, Л.В. Кузнецовой клинические наблюдения и психологические исследования говорили о недостаточном развитии эмоционально-волевой

сферы детей с ЗПР. Некоторые клиницисты были склонны рассматривать такое недоразвитие как важнейшую характеристику подобных детей. То, что поведение младших школьников с ЗПР не соответствовало возрасту, было незрелым, т.е. то, что дети, будучи школьниками, как бы оставались на уровне игровой деятельности.

У детей ЗПР нарушен необходимый поэтапный контроль над выполняемой деятельностью, они часто не замечают несоответствия своей работы предложенному образцу, не всегда находят допущенные ошибки, даже после просьбы взрослого проверить выполненную работу. Эти дети очень редко могут адекватно оценить свою работу и правильно мотивировать свою оценку, которая часто завышена. На просьбу объяснить, почему они именно так оценивают свою работу, дети дают необдуманные ответы, не устанавливают и не осознают зависимость неудачного результата от неверного выбранного способа деятельности или обычно выполненных действий.

У детей рассматриваемой категории обычно наблюдаются ослабление регуляции во всех звеньях деятельности. Даже если задача «принята» ребенком, то возникают трудности при ее решении, так как не анализируются ее условия в целом, не намечаются возможные пути решения, полученные результаты не контролируются, а допущенные ошибки не исправляются. Старших дошкольников с ЗПР по особенностям их деятельности И.А. Коробейников условно разделить на две группы:

К первой группе были отнесены дети, у которых наблюдается интерес к выполняемой работе; вместе с тем при столкновении с трудностями нарушается целенаправленность деятельности, снижается активность, действие становится нерешительными. В большинстве случаев внешняя стимуляция и создание ситуации успеха улучшают продуктивность работы. Результаты деятельности во много зависят от того, насколько взрослый поможет ребенку мобилизовать свои усилия, найти новые стимулы для работы.

Ко второй группе были отнесены дети с менее выраженным интересом к работе, невысокой активностью. При возникновении трудности в решении задачи особенности становятся более выраженными, и требуется значительная внешняя стимуляция для продолжения работы. Даже при оказании большого объема помощи разного вида (вплоть до наглядного обучения) уровень достижения у детей этой группы остается низким.

### ***3.3.1. Межличностное общение***

У дошкольников с задержкой психического развития неполноценны все предпосылки, необходимые для формирования и развития процесса общения: познавательная и речевая активность, речемыслительная деятельность, не сформированы все виды речевой деятельности и её компоненты.

Общение со сверстниками у детей со слабовыраженными отклонениями в психофизическом развитии носит эпизодический характер. Дети, не имеющие отклонений в развитии, обычно общаются с такими детьми редко, почти не принимают их в свои игры. Находясь в группе нормально развивающихся сверстников, ребёнок с задержкой психического развития практически с ней не взаимодействует. Большинство детей предпочитают играть в одиночку. В тех случаях, когда дети играют вдвоем, их действия часто носят несогласованный характер. Сюжетно-ролевую игру дошкольников с задержкой психического развития можно определить скорее как игру «рядом», чем как совместную деятельность. Общение по поводу игры наблюдается редко.

На занятиях дети предпочитают работать в одиночестве. При выполнении практических заданий, предполагающих совместную деятельность, сотрудничество наблюдается крайне редко, дети почти не общаются друг с другом.

Можно говорить о значительном отставании в формировании навыков общения в процессе беседы у дошкольников со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии. Это отставание обусловлено как недоразвитием всех психических процессов, так и динамическими нарушениями всех видов речевой деятельности, выражающимися в неумении полно и четко отвечать на вопросы, спрашивать, высказываться в присутствии окружающих, слушать других, продолжать начатый разговор.

Дети с задержкой психического развития имеют тягу к контакту с детьми более младшего возраста, которые лучше их принимают. А у некоторых детей возникает страх перед детским коллективом, и они избегают его.

### **3.4. Развитие деятельностной сферы детей с ЗПР**

#### ***3.4.1. Игровая деятельность***

Одним из диагностических признаков задержки психического развития у детей рассматриваемой группы выступает несформированность игровой деятельности.

Наибольший интерес представляет анализ особенностей сюжетно-ролевой игры, поскольку в ней достаточно отчетливо проявляются: знания детей об окружающем мире, включая знания о деятельности взрослых; понимание взаимоотношения людей и их действий; умение применить накопленные знания в условиях игры; умение строить и регулировать собственное поведение в соответствии с содержанием игры и умение взаимодействовать с партнерами по игре с учетом своей роли и их ролей. В игре проявляется также эмоциональное отношение детей к собственной деятельности и к действиям партнеров.

Таким образом, в игре проявляются особенности познавательной, волевой и эмоциональной сфер психической деятельности ребенка.

Если охарактеризовать игру детей с задержкой психического развития в самом общем плане, то ей свойственны однообразие, отсутствие творчества, бедность воображения, недостаточная эмоциональность, низкая по сравнению с наблюдаемой в норме активность детей.

Сюжетная игра, которая у нормально развивающихся детей к 6-ти годам достигает вершины своего развития, у детей рассматриваемой категории отличается отсутствием развернутого сюжета, недостаточной координированностью действий участников, нечетким разделением ролей и столь же нечетким соблюдением игровых правил. Эти особенности у нормально развивающихся детей наблюдаются в младшем школьном возрасте.

При этом, как было показано в исследованиях Е.С.Слепович (1900) и её сотрудников, дети описываемой категории вообще самостоятельно не начинают таких игр. Дети видели в комнате, куда их приводили, подготовленные наборы игрушек по темам: «Больница», «Магазин», «Семья», «Стройка», – но в отличие от нормально развивающихся детей они не начинали сюжетной игры. Они иногда брали игрушки, рассматривали их, совершали предметно-игровые действия. На вопрос, что они делают, следовали ответы: «Машину катаю», «Одеваю куклу». В другой части случаев ответы детей свидетельствовали о том, что они вписывают действия в определенную воображаемую ситуацию: «На стройку кирпич везу». Это давало основания оценивать такие действия как отобразительные игровые.

Если экспериментатор побуждал детей к игре, не предлагая сюжета, случаи игровых

действий учащались более чем в пять раз, оставаясь в большинстве своем все же на уровне предметно-игровых. Однако, число попыток организовать сюжетно-отобразительные действия заметно возросло. Вместе с тем еще много детей с более выраженной задержкой психического развития, которые не предпринимали попыток начать игру и просто ходили, или бегали по комнате, или занимались каким-либо другим делом.

Даже в случаях, когда взрослый прямо задавал тему игры, лишь часть детей пытались организовать игровые действия в соответствии с предложенным сюжетом. При этом они не обращали внимания на то, чем занимается находящийся рядом с ними ребенок, не вступали с ним в контакт. Другие, как и ранее, совершали предметно-игровые действия. Особенно характерно это было для детей с наиболее выраженным отставанием в развитии церебрально-органического генеза.

Только при полной организации игры взрослым, когда он определял сюжет и роли, появлялись игровые действия, моделирующие отношения людей в отображаемой игровой ситуации.

Однако это наблюдалось лишь в небольшом числе случаев (в одном из 7 случаев возникновения игрового поведения), но и тогда совместная деятельность детей по существу оставалась деятельностью рядом. В остальных случаях дети производили отобразительные действия, а некоторые дети с наиболее выраженной задержкой психического развития (преимущественно церебрально-органического генеза) по-прежнему оставались на уровне предметно-игровых действий.

Исследования показывают, что даже заданный извне сюжет не ведет к формированию в сознании детей воображаемой ситуации, которая определяла бы все их действия. Смысл игры для них - совершение действий с игрушками. Даже в лучшем случае их игра носит процессуальный характер с элементами сюжета.

Игровые действия детей бедны и невыразительны, что является следствием схематичности, недостаточности представлений детей о реальной действительности и действиях взрослых. Недостаточность представлений, естественно, ограничивает и задерживает развитие воображения, имеющего важное значение в формировании сюжетно-ролевой игры.

Бедность игровых действий сочетается с низкой эмоциональностью игрового поведения и несформированностью действий замещения. В редких случаях использования какого-то предмета в качестве заместителя (например, палочки в качестве термометра при игре «в больницу») он приобретал застойно фиксированное значение и не использовался в других ситуациях в другом качестве. Следует сказать, что и в целом игра детей с задержкой психического развития носит стереотипный нетворческий характер.

Недостаточная эмоциональность дошкольников описываемой категории проявляется и в их отношении к игрушкам. В отличие от нормально развивающихся детей у них обычно нет любимых игрушек.

Это установлено как в экспериментах, так и с родителями, которые говорили, что дети не отдают предпочтения какой-то игрушке.

*Пример 1. В игре принимают участие два ребенка. Экспериментатор предлагает поиграть в игру «Магазин». Девочка - продавец, мальчик - покупатель. Девочка становится за стол, раскладывает на нем коробки, бутылочки и говорит: «Ну, покупай». Мальчик подходит к столу, указывает на коробочку и просит: «Мне вот это». Наташа молча подает ему коробочку. Получив ее, мальчик отходит от стола и рассматривает коробочку. Через некоторое время оставляет ее на окне и начинает ходить по комнате. Девочка в это время перебирает баночки, коробочки, взвешивает их, расставляет по местам. Попыток возобновить игру не наблюдается.*

*Пример 2. Взрослый предлагает двум девочкам поиграть в игру «Больница». Лену*

назначает врачом, а Тамару - больным. Дети направляются в игровой уголок. Заранее игровые атрибуты и игрушки подбирают. Лена молча перебирает некоторое время пузырьки. Тамара смотрит не нее. Затем Лена берет Тамару за руку и усаживает ее на стул. «У тебя что болит?» -спрашивает она, а затем говорит утвердительно: «У тебя болит рука». Тамара протягивает ей руку. Лена рассматривает ее, затем подробно воспроизводит действия, необходимые для того, чтобы сделать укол. Проведя эту процедуру, она перестает обращать внимание на Тамару и начинает переставлять пузырьки. Тамара некоторое время сидит молча и смотрит на нее, затем тоже берет в руки бутылочку со стола врача. Лена отбирает, не говоря ни слова, у нее игровые атрибуты и продолжает совершать с ними действия. Тамара, понаблюдав за действиями «врача», уходит.

### **3.4.2. Изобразительная деятельность**

Дети с ЗПР испытывают трудности при необходимости вычленить отдельные элементы из объекта, который воспринимается как единое целое. Эти дети затрудняются в достраивании целостного образа по какой-либо его части, сами образы предметов в представлении детей недостаточно точны и само количество образов-представлений у них значительно меньше по сравнению с нормально развивающимися детьми. У детей с ЗПР есть затруднения в построении целостного образа и выделении фигуры (объекта) на фоне. Целостный образ формируется замедленно. Таким детям свойственна общая пассивность восприятия, что проявляется в попытках подменить более сложную задачу более легкой, в желании побыстрее «отделаться». В рисунках отмечаются выраженные пространственные нарушения в расположении объектов на листе бумаги, выраженная диспропорциональность отдельных составных частей, неправильное соединение отдельных частей объекта между собой, отсутствие изображения мелких деталей.

Особенности изобразительности детей с ЗПР:

- 1) отсутствие интереса к результатам деятельности;
- 2) слабость ассоциаций между собственными графическими построениями и реально существующими предметами и явлениями;
- 3) затрудненность процесса узнавания в собственных графических образах реальных предметов и их быстрое забывание;
- 4) обилие графических штампов;
- 5) статичность и схематичность рисунков по форме и содержанию;
- 6) отсутствие преднамеренного выбора цвета;
- 7) бедность цветового решения;
- 8) неразвитость композиционных сюжетных построений;
- 9) низкий уровень развития познавательных процессов - ощущения, восприятия, представления, воображения, наглядно-образного мышления, внимания, памяти.

### **Контрольный тест к 3 разделу**

1. Исключите лишнее: для детей с ЗПР характерно...

- А) незрелость эмоционально-волевой сферы;
- Б) тяжелое органическое поражение ЦНС;
- В) недоразвитие познавательной деятельности;

Г) преодоление дефекта под действием временных, лечебных и педагогических факторов.

2. Исключите лишнее: к патогенным социальным факторам относятся:

- А) дефицит эмоционального опыта на ранних этапах развития;
- Б) микросоциальная ситуация в семье с социальной депривацией;
- В) педагогическая запущенность;
- Г) опухолевые образования.

3. Кто предложил термин «задержка психического развития»?

- А) Л.С. Выготский;
- Б) Г.Е. Сухарева;
- В) К.С. Лебединская;
- Г) Т.А. Власова.

4. Состояния пограничной интеллектуальной недостаточности характеризуется всем перечисленным, кроме:

- А) замедленного темпа психического развития;
- Б) личностной незрелости;
- В) необратимости и стойкости психического дефекта;
- Г) негрубых нарушений познавательной деятельности.

5. Самой многочисленной группой детей с ЗПР является:

- А) группа детей с ЗПР конституционального генеза;
- Б) группа детей с ЗПР соматогенного генеза;
- В) группа детей с ЗПР психогенного генеза;
- Г) группа детей с ЗПР церебрально-органического генеза.

6. Задержка психического развития психогенного генеза по К.С. Лебединской обусловлена:

- А) психической травмой;
- Б) хроническим заболеванием;
- В) неправильными условиями воспитания;
- Г) органическим поражением головного мозга.

7. Задержки темпа психического развития характеризуются всем перечисленным, кроме:

- А) нарушения памяти;
- Б) нарушения внимания;
- В) негрубых нарушений познавательной деятельности;
- Г) стойкости психического дефекта.

8. Эмоциональная сфера детей с ЗПР характеризуется:

- А) низким уровнем эмоционального интеллекта;
- Б) эмоциональной амбивалентностью;
- В) эмоциональной тупостью;
- Г) верно все перечисленное.

9. Среди ошибок звукопроизношения у детей с ЗПР преобладают нарушения:

- А) свистящих;
- Б) сонорных;

В) шипящих;

Г) верно все перечисленное.

10. Речь детей с ЗПР состоит в основном:

А) из существительных и глаголов;

Б) из существительных и прилагательных;

В) только из существительных;

Г) только из глаголов.

11. Выделите в приведенном ниже списке четыре варианта задержки психического развития:

А) ЗПР соматогенного генеза;

Б) ЗПР личностного генеза;

В) ЗПР психогенного генеза;

Г) ЗПР двигательного генеза;

Д) ЗПР конституционального генеза;

Е) ЗПР церебрально-органического генеза;

Ж) ЗПР дизартрического генеза.

12. Кем предложена классификация детей с ЗПР на основе этиологического принципа, представленная четырьмя группами: задержка конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения?

А) Т.А. Власовой;

Б) М.С. Певзнер;

В) К.С. Лебединской;

Г) Г.Е. Сухаревой.

#### **4. ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА. ЗАДАЧИ И НАПРАВЛЕНИЯ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ И РАЗВИТИЯ**

##### **4.1. Особенности обучения детей с нарушением интеллекта**

Умственно отсталые дети нуждаются в совершенно ином подходе к обучению, т.е. существуют особенности обучения детей с нарушением интеллекта:

1. Индивидуальный и дифференцированный подход. Дифференциация обучения - построение обучения на основе разделения учащихся на группы. Каждую группу образуют учащиеся, характеризующиеся сходством определенных индивидуально-психологических особенностей. В качестве критериев дифференциации могут быть использованы уровень развития и качественные характеристики познавательных процессов, мотивации, способностей, а так же психодинамические и социально-психологические свойства. Основная цель дифференциального обучения - согласованность процесса обучения и индивидуально-психологических особенностей обучающегося, создание режима благоприятствования психического развития каждого ученика. Для обеспечения эффективности необходима качественная точная и адекватная психологическая

характеристика. Индивидуальный и дифференцированный подход проявляется в преобладании индивидуальных и групповых форм его организации.

2. Сниженный темп обучения. Снижение темпа обучения необходимо в силу инертности нервных процессов. Вся психическая деятельность этих детей протекает замедленно. Программой для коррекционных учреждений предусмотрен значительно меньший объем знаний и умений по сравнению с общеобразовательными программами. Продолжительность каждого этапа обучения значительно удлиняется. Темп развития ребенка, усвоение им знаний определяют характер используемых в обучении приемов (подражание, действие по образцу, совместные действия).

3. Структурная простота знаний и умений. Структурная простота содержания заключается в том, что оно должно быть разделено на части в соответствии с задачами каждого этапа. Каждую часть необходимо делить на более мелкие, учитывая возможности детей конкретной группы.

4. Повторяемость. Необходимость повторяемости вызвана особенностями формирования условно-рефлекторных связей, обусловленных недостатками замыкательной функции головного мозга. Повторы должны обеспечиваться строго концентрическими принципами построения содержания каждого раздела, взаимосвязью содержания каждого раздела с содержанием других разделов программы. Повторяемость предполагает обеспечение специальных условий для переноса формируемых знаний, умений, навыков в новые ситуации. Дети не могут самостоятельно использовать новые знания на новом содержании.

5. Самостоятельность и активность ребенка в образовательном процессе. Самостоятельности и активности ребенка в процессе обучения способствует предметно-практическая деятельность как наиболее доступный вид деятельности.

Например, формирование математических представлений осуществляется в повседневной жизни, когда взрослый вовлекает детей в коллективную деятельность с математическим содержанием, в специальные игры и упражнения, направленные на развитие представлений о себе (посчитай, сколько на ручке пальчиков), окружающих (посмотри, как много детей, а кошечка одна), сверстниках. Такие игры проводятся в структуре групповых и индивидуальных занятий, в сюжетно-ролевых, дидактических, театрализованных играх. В этом случае выявление, осознание, воссоздание количественных, величинных, пространственно-временных отношений является целью и средством деятельности.

Представления закрепляются в рисовании, лепке, конструировании, хозяйственно-бытовом труде при условии наполнения их определенным содержанием, на специальных занятиях с дефектологом, комплексных игровых занятиях, в работе по развитию речи.

6. Комплексный подход к обучению и воспитанию детей с нарушениями интеллекта. Реализация комплексного подхода к обучению и воспитанию детей с нарушениями интеллекта включает:

- 1) формирование представлений о себе и ознакомление с окружающим миром;
- 2) Формирование познавательных действий и ориентировка в пространстве;
- 3) Обучение в процессе различных видов игр;
- 4) Развитие психомоторики, обуславливающее выполнение действий с предметами и позволяющее овладеть движениями частей тела, действиями с реальными предметами, действиями с предметами - заместителями;
- 5) Обучение различными средствами межличностного общения и развитие речевых функций в играх и игровых упражнениях с тематическим содержанием.

Применяемые методы и приемы обучения в дошкольном учреждении должны носить наглядно-практический характер. Предполагаются совместные действия, действия по образцу, действия по словесной инструкции.

Первоначально все задания должны иметь вербальную и невербальную формы выполнения. Дети должны иметь возможность наблюдать и подражать речевому поведению взрослого. Опыт практических действий ребенка вначале четко фиксируется в речи педагога, а затем и в высказываниях ребенка - прием комментирования. Если речь ребенка не развита, акцент необходимо делать на невербальные формы (интонация, жесты, мимика). Необходимо "подключить" руку ребенка для ощупывания предметов, ведения по контуру и т.д.

#### **4.2. Основные задачи и направления коррекционно - развивающего обучения и воспитания детей с нарушением интеллекта**

1. Одной из основных задач коррекционно-развивающего обучения является сенсорное развитие, соответствующее возрасту: освоение эталонов образца цвета, формы, величины; эталонов звуков; накопление обобщенных представлений о свойствах предметов (цвет, форма, величина), о свойствах материалов. В соответствии с этим необходимо корректировать отдельные стороны психической деятельности:

- развитие зрительного восприятия и узнавания
- развитие зрительной памяти и внимания
- формирование обобщенных представлений о свойствах предметов (цвет, форма, величина);

2. Освоение предметно-практической деятельности, способствующей выявлению разнообразных свойств предметов, а также пониманию отношений между предметами (временные, пространственные, количественные) требует развития таких сторон психической деятельности:

- развитие пространственных представлений и ориентации
- развитие представлений о времени

3. Освоение продуктивных видов деятельности (конструирование, лепка, аппликация, работа с природным материалом), способствующих сенсорному, умственному, речевому развитию ребенка. В этом направлении следует развивать основные мыслительные операции, в том числе - формировать умение работать по словесной инструкции; планировать свою деятельность.

4. Накопление языковых представлений, развитие фонетико-фонематических процессов, подготовка к обучению грамоте. Этот раздел требует работы с детьми в нескольких направлениях:

- развитие слухового внимания и памяти
- развитие фонетико-фонематических представлений, формирование звукового анализа;
- совершенствование движений и сенсомоторного развития, включающее развитие мелкой моторики кисти и пальцев рук и развитие артикуляционной моторики
- формирование навыков соотносительного анализа;
- развитие наглядно-образного мышления;
- развитие речи, владение техникой речи.

5. Уточнение, обогащение и систематизация словаря на основе ознакомления с предметами и явлениями окружающего мира. Основными направлениями коррекционно-развивающей работы педагога в этом направлении становятся: расширение представлений об

окружающем и обогащение словаря; развитие словесно-логического мышления (умение видеть и устанавливать логические связи между предметами, явлениями и событиями).

6. При решении задачи формирование элементарных математических представлений и понятий, основным направлением коррекционной работы является развитие основных мыслительных операций:

- формирование навыков соотносительного анализа;

- развитие навыков группировки и классификации (на базе овладения основными относительными понятиями);

- развитие комбинаторных способностей.

7. При формировании соответствующих возрасту навыков игровой деятельности (освоение игры с правилами, сюжетно-ролевой игры), формирование элементарной учебной деятельности необходимо корректировать нарушения в развитии эмоционально-личностной сферы.

8. Коррекция индивидуальных пробелов в знаниях.

Таким образом, главный принцип организации воспитательного процесса - принцип коррекционной направленности. Он предполагает активное воздействие на сенсорное, умственное и речевое развитие детей.

#### **4.3. Организация индивидуально - групповых коррекционных занятий и основные направления работы с детьми**

Система коррекционного - развивающего обучения предусматривает индивидуальные и групповые коррекционные занятия общеразвивающей и предметной направленности.

Цель коррекционных занятий - повышение уровня общего развития детей, восполнения пробелов предшествующего развития и обучения, индивидуальная работа по формированию недостаточно освоенных умений и навыков, коррекция отклонений в развитии познавательной сферы и речи, направленная подготовка к восприятию нового материала.

Коррекционная работа осуществляется в рамках целостного подхода к восприятию и развитию ребёнка. Поэтому работа на индивидуально-групповых занятиях должна быть направлена на общее развитие дошкольников, а не на тренировку психических процессов или способностей.

Исходным принципом для определения целей и задач коррекции, а также способов их решения является принцип единства диагностики и коррекции развития. Задачи коррекционной работы могут быть правильно поставлены только на основе комплексной диагностики и оценки резервов потенциальных возможностей ребёнка, исходя из понятия "зона ближайшего развития". Выбор оптимальных средств и приёмов коррекционно-педагогического воздействия невозможен без всестороннего и глубокого изучения причин затруднений, возникающих у детей при усвоении обучающих программ. Наиболее достоверной оказывается диагностика, которая опирается на клинико-физиологическое и психолого-педагогическое изучения ребенка, находящегося в наиболее благоприятных условиях обучения. Содержание индивидуальных занятий должно исключать формальный механический подход, "натаскивание" в каком-то одном навыке. Планируется не столько достижение отдельного результата, главное - создать условия, в максимальной степени способствующие развитию ребенка. Можно выделить две формы коррекционного воздействия: симптоматическую, построенную в соответствии с выделенными симптомами отклонений в развитии, и коррекционную, направленную на источники и причины отклонений в развитии. Вторая форма имеет безусловный приоритет перед симптоматической коррекцией.

Коррекционные занятия проводятся с ребенком по мере выявления педагогом, психологом и дефектологом индивидуальных пробелов в развитии и обучении.

1. При изучении физического развития индивидуальных особенностей ребенка учитываются следующие показатели:

- динамика физического развития (анамнез);
- состояние слуха, зрения;
- особенности развития двигательной сферы, общей моторики;
- координация движений (походка, жестикуляция, удержание равновесия, темп движений);
- особенности работоспособности.

2. При изучении особенностей и уровня развития познавательной сферы необходимо отметить:

- особенности восприятия величины, формы, цвета, пространственного расположения, времени;
- особенности памяти, преобладание типа памяти;
- особенности внимания (объем, устойчивость, произвольность);
- особенности мышления (уровень владения операциями анализа, синтеза, сравнения и т.д.)
- особенности речи (дефекты произношения, объем словарного запаса, сформированность фразовой речи, особенности грамматического строя, уровень сформированности просодической стороны речи)

3. Отношение к учебной деятельности, особенности мотивации включают следующие показатели:

- особенности отношений "воспитатель - воспитанник" (реакция на замечания, осознание неуспеха, отношение к неудачам, отношение к похвале);
- способность контролировать собственную деятельность по наглядному образцу, словесной инструкции, алгоритму, особенности самоконтроля;
- умение планировать свою деятельность.

4. Особенности эмоционально-личностной сферы играют важную роль в процессе коррекции, поэтому исследуются:

- способность к волевому усилию;
- преобладающее настроение;
- внушаемость;
- наличие аффективных вспышек, фобических реакций;
- отношение к себе, особенности самооценки;
- отношения с окружающими и т.д.

5. Особенности усвоения знаний, умений, навыков, предусмотренных программой.

Изучение индивидуальных особенностей детей, тщательное психолого-педагогическое обследование должны лежать в основе деления детей на подгруппы и определение содержания работы с каждой подгруппой. Так же это позволяет планировать сроки коррекционной работы.

#### 4.4. Диагностика в деятельности педагога-дефектолога

Важным моментом в изучении дизонтогенеза явилось выделение Л.С.Выготским двух взаимосвязанных линий развития: биологической и социально-психической. Болезнь, вызывая прежде всего нарушение биологической линии развития, тем самым создает препятствия для социально-психического развития - усвоения знаний и умений, формирования личности ребенка. Так, например, к характерным проявлениям эпилепсии относят приступы расстройства настроения - дисфории. Для таких состояний типично внезапное, обычно ничем не мотивированное появление их и такое же внезапное прекращение. Чаще всего во время дисфории имеет место злобно-тоскливое настроение, намного реже повышено-веселое. Ребенок неожиданно для окружающих становится мрачным, раздражительным, иногда отмечается тревожное беспокойство, страх, он всем недоволен. Попытки отвлечь, успокоить его ни к чему не приводят, ребенок может ответить на это резкостью, грубостью, агрессией. Длительность таких состояний от нескольких часов до нескольких дней.

Мышление отличается тугоподвижностью, замедленностью, вязкостью.

Л.С. Выготский считал, что в изучении аномального развития, вскрывая его механизм, можно определить путь к дифференцированной коррекции нарушения развития.

Недостаточный уровень развития навыков, умений и знаний у ребенка с полноценной нервной системой, но длительно находящегося в условиях недостатка информации, интеллектуальной, а часто и эмоциональной депривации. В социально-неблагополучных семьях (при хроническом алкоголизме родителей, в условиях безнадзорности) может задержаться интеллектуальное развитие ребенка и со здоровой нервной системой.

Однако, как психологическая структура этого недоразвития, так и его прогноз будут иным, чем при ЗПР, обусловленной болезненным фактором. Мозаичность знаний, представлений и понятий такого ребенка, асинхрония его развития будут связаны не с парциальностью недостаточности его высших корковых функций, а с особенностями воспитания и окружения.

Психологический анализ аномального развития ребенка должен включать несколько этапов:

1. Систематизация психологических данных о состоянии ребенка на момент обследования. Сюда входит характеристика первичного дефекта, характеристика вторичных нарушений.

2. Выявление сохранных функций, асинхронии развития под влиянием первичного дефекта

3. Особенности воспитания и окружения ребенка

4. Анализ истории развития ребенка

5. Выбор методов психолого-педагогической коррекции.

Решение этих вопросов возможно лишь совместно с врачом. Выбор методов коррекции, профилактика вторичных дизонтогенетических расстройств невозможны без учета клинической картины основного заболевания или его последствий, характера медикаментозного лечения, получаемого ребенком.

Итак, дефектолог сталкивается с двумя задачами диагностики психического развития:

- определение реального уровня психического развития ребенка;
- определение зоны ближайшего развития.

Причина, по которой необходимо определить зону ближайшего развития - определение оптимальных сроков обучения детей. Границы сенситивности для освоения различных видов

деятельности всегда индивидуальны, следовательно, их знание необходимо, т.к. обучение опирается не столько на уже созревшие психические процессы, сколько на созревающие. [2]

Итак, определение актуального или реального уровня развития ребенка и зоны ближайшего развития вместе составляют то, что принято называть нормативной возрастной диагностикой.

Диагностика - лишь начальный этап в деятельности дефектолога, она обязательно должна завершаться прогнозом и рекомендациями. Неотъемлемым условием, обеспечивающим возможности развития дифференциальной диагностики, является фонд накопленных знаний. В основе построения любых диагностических методик, направленных на выявление задержки психофизического развития разной степени, лежат ориентировка на общие и специфические закономерности отклоняющегося развития, и учет закономерностей психического развития в условиях нормального онтогенеза, выраженных в качественно-количественных показателях.

При этом важно комплексное, системное изучение ребенка разными специалистами и качественно-количественный анализ его результатов. В этом возрасте на ребенка пишется самая главная для его дальнейшей судьбы характеристика. Если ребенок уже неоднократно обследовался, то возможность диагностических ошибок снижается. В зависимости от характера диагностических задач используется тот или иной пакет методов, позволяющих выявить степень своеобразия развития ребенка. Изучение нормально развивающихся детей и детей, с умственной отсталостью и задержкой психического развития имеет три этапа.

На первом (ориентировочном) этапе самостоятельных проб в овладении каким-либо знанием, умением и проявляются отношение ребенка к предложенному заданию, степень его заинтересованности и уровень результативности самостоятельных попыток решения новой задачи.

На втором этапе (восприимчивости к помощи) происходит собственно обучение, начиная от стимулирующих и организующих воздействий вплоть до полного его результата. На этом этапе необходимо фиксировать характер и количество оказываемой помощи, которая должна фиксироваться в речевой форме с целью создания оптимальных предпосылок для осознанного овладения любым новым знанием.

На третьем этапе (логического переноса) тестируется собственно результат обучения, способность к переносу. Для этого моделируется ситуация, где ребенок должен проявить знания, умения, которым его только что обучали. Особое значение необходимо уделять полноценному развитию ведущей деятельности ребенка соответствующего возраста.

Использование педагогического наблюдения - базовый метод диагностического обследования. Свободное наблюдение не предусматривает специальной подготовки, отмечает особенности формирования моторных навыков, навыков самообслуживания, личностных качеств, специфику формирования способов обучения, степень сформированности познавательных процессов и умений выполнения различных действий. Такая информация характеризует ребенка наиболее полно.

Этот вид наблюдения осуществляется в процессе совместной деятельности воспитателя с детьми. Наблюдение проводится в естественной, повседневной обстановке, при этом ребенок не должен знать о нем.

В дошкольной ступени чрезвычайно важным представляется психолого-педагогическое изучение динамики развития ребенка, включающее следующие этапы: предварительное (от 3 до 4 лет), повторное (4-6 лет), контрольное (7-8 лет), что потребует для каждого этапа разработки и подбора групповых и индивидуальных развивающих программ

#### 4.5. Коррекционная работа с умственно отсталыми детьми

**Психологическая коррекция** - направленное воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования ребенка. Это обоснованное воздействие на внутренний мир человека, при котором психолог имеет дело с конкретными проявлениями желаний, переживаний, познавательных процессов и действий ребенка.

Психологическая коррекция как форма работы впервые возникла в дефектологии применительно к различным вариантам аномального развития. Она представляет совокупность воздействий, направленных на исправление, компенсацию недостатков, отклонений в психическом развитии ребенка.

При определении основных целей и задач психологической коррекции важно помнить положение Л.С. Выготского о создании зоны ближайшего развития личности и деятельности ребенка в качестве основного содержания коррекционной работы. В этой связи психолого-педагогическая коррекция должна строиться как целенаправленное формирование психологических новообразований, составляющих сущностную характеристику возраста. Упражнения и тренировка уже имеющихся у ребенка психологических способностей не делают коррекционную работу эффективной, так как обучение в этом случае следует за развитием, совершенствуя способности только в количественном направлении.

В ходе психологической коррекции проводятся различные виды работ:

1. Игротерапия, которая применяется не только в коррекционных целях, но и в профилактических и психогигиенических. Различают две формы игротерапии: индивидуальную и групповую. Если у ребенка проблемы с общением, тогда групповая терапия более полезна, чем индивидуальная.

В игротерапии применяют различный игровой материал: игры в «семью», игры с марионетками, строительные, игры-упражнения.

2. Арттерапия - специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве - изобразительной и творческой деятельности. Цель ее - развитие самовыражения, самопознания ребенка через искусство.

Арттерапия используется как средство общения психолога с детьми на символическом уровне. Образы художественного творчества отражают все виды подсознательных процессов, включая страхи, внутренние конфликты, воспоминания, сновидения. Методика арттерапии базируется на внутреннем убеждении - «Я», которое отражается в зрительных образах, когда человек рисует, лепит (спонтанно).

Место занятий при арттерапии должно быть таким, где дети могут шуметь, свободно передвигаться, а психолог не вмешивается в их процесс деятельности.

3. Групповая психотерапия предложена С. Славсеном, который считает, что здесь основное значение имеет то, в каких условиях будет проявляться активность детей.

Помещение должно быть оборудовано разными инструментами, материалами, предметами, стимулирующими индивидуальную деятельность. Каждому ребенку предоставляется возможность делать то, что он хочет, но при этом он не должен ограничивать деятельность других детей.

Все дети - члены группы не связаны между собой ни правилами, ни условиями выполнения деятельности и контроля. С. Славсен убежден, что возникновение в детской группе групповой динамики - негативное явление, которое препятствует самораскрытию каждого. Каждый ребенок должен добиться результатов ценой собственных усилий, собственных средств и возможностей.

Коррекция интеллектуального развития ребенка в дошкольном возрасте включает в себя задачи развития восприятия сенсорных способностей, наглядно-образного мышления и знаково-символической функции, начальных форм произвольного внимания и памяти.

Детям с умственной отсталостью необходимы полная коррекция и компенсация дефектов их развития, максимальное приближение всего психического развития к нормальному состоянию. Решающую роль в предупреждении нарушений умственного развития играет более раннее начало коррекционной работы, что позволит предотвратить вторичные отклонения в развитии ребенка.

В связи с особенностями развития умственно отсталые дети нуждаются в целенаправленном обучающем воздействии взрослого. Спонтанного усвоения общественного опыта, особенно в раннем возрасте, у них практически не происходит. Для организации обучения и воспитания необходимо развить у таких детей интерес к окружающему. И здесь неопределимы дидактические игры, которые должны привлекать внимание, заинтересовывать. Взрослым необходимо постоянно создавать у детей положительное эмоциональное отношение к деятельности.

Умственно отсталому ребенку для усвоения способов ориентировки в окружающем, для выделения и фиксирования свойств и отношений предметов, для понимания того или иного действия требуется гораздо больше повторений, чем нормально развивающемуся.

Основная коррекционная задача состоит в том, чтобы сформировать у умственно отсталых детей раннего и дошкольного возраста поисковые способы ориентировки при выполнении задания, а на этой основе создать интерес к свойствам и отношениям предметов, к их использованию в деятельности и, таким образом, подвести их к подлинной зрительной ориентировке.

Игры и упражнения, в которых дети действуют методом проб, развивают у них внимание к свойствам и отношениям предметов, формируют целостное восприятие. Для правильного и своевременного включения речи в процесс общения необходимо на первых порах ознакомления с предметом, с его качеством, свойством научить ребенка выделять эти свойства из других предметов, узнавать и воспринимать их, а уж затем давать слово как образец.

Для коррекции важно развитие тактильно-двигательного восприятия, которое также начинается с узнавания, а заканчивается формированием представлений. Не меньшее значение имеет и развитие слухового восприятия, которое помогает умственно отсталому ребенку ориентироваться в окружающем его пространстве, создает возможность действовать по звуковому сигналу, различать многие важные объекты и т.д.

Правильное развитие целостного восприятия подготавливает и некоторые стороны причинного мышления. Когда ребенок правильно представляет себе предмет с его частями, он может осознать причину нарушения целого. Путь от восприятия к мышлению оказывает влияние на развитие наглядно-образного и логического мышления. Правильная и своевременная организация работы по формированию всех видов мышления приобретает особое значение, так как нарушение интеллекта и является основным дефектом развития подобных детей. Основные направления и задачи коррекции умственно отсталых детей:

1. Формирование эмоционального контакта со взрослым и сверстником, обучение ребенка способам усвоения общественного опыта, формирование эмоционального общения со взрослым и выполнений элементарной инструкции, развитие внимания, развитие подражания, усвоение действий по образцу.

2. Развитие зрительно-двигательной координации рук для подготовки к письму, выполнению трудовых заданий, развитие хватания, развитие соотносящих действий, подражание движениям рук, развитие движений пальцев, развитие движений кистей рук.

3. Сенсорное развитие. Формирование зрительного соотнесения, восприятие формы, величины, цвета, формирование целостного образа предмета, восприятие пространства и ориентировки в нем, развитие тактильно-двигательного восприятия, развитие слухового восприятия, развитие неречевого слуха, речевого слуха.

4. Развитие мышления, переход от восприятия к мышлению, к обобщению, переход от восприятия к наглядно-образному и элементам логического мышления, развитие элементов причинного мышления, наглядно-образного мышления.

5. Речевое развитие. Развитие речевого общения (делового элементарного общения), развитие познавательной функции речи (расширение, уточнение и обобщение значения слов).

В дошкольном возрасте начинает активно формироваться личностная сфера. Основными направлениями коррекции личностной сферы в дошкольном возрасте являются:

1. Коррекция и профилактика негативных черт поведения, возникновение которых обусловлено критическими периодами онтогенеза. Скачкообразность психического развития детей часто приводит к тому, что в моменты возрастного кризиса (3 года) в поведении дошкольников могут закрепиться на долгое время негативные проявления, такие, как капризы, упрямство, агрессия, протестные реакции и т.д. Своевременная коррекция этих и других «возрастных» черт поведения позволяет быстро и эффективно освободить ребенка от возможности закрепления их в психике и формирования вторичных поведенческих нарушений.

Профилактика негативного поведения в периоды возрастных кризисов:

- кризисы возрастного развития - возникновение негативных черт поведения;
- коррекция эмоционального развития, коррекция имеющихся нарушений эмоционально-психического развития;
- профилактика невротического развития, эмоционального неблагополучия;
- коррекция мотивационно-потребностной сферы - путем развития требуемых мотивов и потребностей;
- коррекция поведения;
- коррекция и развитие индивидуально-типологических свойств и качеств личности.

Наряду с коррекционными задачами необходимым является и выделение для родителей профилактических задач. Опыт показывает, что в консультативной практике в ряде случаев постановка собственно коррекционных задач оказывается нецелесообразной в силу отсутствия значимых отклонений от типичных вариантов нормативного развития. Однако уже сам факт обращения родителей в консультацию за помощью является показателем определенной степени риска социальной ситуации развития ребенка, некоторого неблагополучия в области детско-родительских отношений. Поэтому в любом случае обращения в консультацию перед психологом встает задача определения профилактических мероприятий по предупреждению возможных отклонений в развитии ребенка.

Активное привлечение родителей к участию в коррекционной работе диктуется двумя обстоятельствами:

1. Система отношений ребенка с близкими взрослыми, особенности общения, способы и формы совместной деятельности составляют важнейший компонент социальной ситуации развития ребенка, во многом определяют зону его ближайшего развития. Полная реализация целей коррекции достигается лишь в случае изменения жизненных отношений ребенка, что требует от взрослых как активных «строителей» этих отношений целенаправленных и осознанных усилий.

2. Широкое привлечение родителей, воспитателей и педагогов к осуществлению направленного коррекционного воздействия на отклонения в психическом развитии ребенка

обусловлено пока еще явно недостаточным уровнем развития системы психологической службы в нашей стране.

Важным компонентом работы с родителями в практике психологического консультирования является информирование их об особенностях развития ребенка, о вероятностном прогнозе развития и выработке конкретных рекомендаций. Сообщение родителям полной и объективной информации об особенностях развития ребенка с учетом родительских установок и особенностей социальной ситуации является обязательным этапом оказания психологической помощи в процессе консультирования.

Главным критерием отбора и структурирования информации должна быть охрана интересов ребенка. Поэтому при неадекватности родительских установок беседа консультанта должна быть построена таким образом, чтобы предотвратить искаженное восприятие родителями картины психического развития ребенка и попытаться изменить ошибочные установки и стереотипы, усвоенные родителями ранее. В случаях ошибочных установок обязательным компонентом профилактической работы должна стать специальная работа с родителями по формированию у них «воспитательной компетентности».

Формулирование условно-вариативного прогноза развития ребенка в виде возможных прогнозов на ближайшие перспективы выполняет ряд функций:

- раскрывает перед родителями проблемное альтернативное поле;

- обеспечивает мотивационную готовность родителей к участию в совместной работе с психологом по выработке конкретных рекомендаций и их реализацию;

- делает поиск целей и средств коррекции более разумным и «осознанным»;

- позволяет распространить некоторые рекомендации на сферу профилактики отклонений в развитии.

Практическим итогом проведения консультации должна стать выработка рекомендаций по преодолению и предупреждению отклонений и негативных тенденций в развитии ребенка. Важно, чтобы сами родители стали активными участниками и авторами сформулированных рекомендаций. Только в этом случае можно рассчитывать на правильный выбор в воспитании детей. Вместе с тем ведущая деятельность здесь принадлежит психологу, обладающему необходимой профессиональной компетенцией для принятия верного решения и выбора пути ее воплощения.

Главной целью дошкольного коррекционного воспитания является создание условий для развития эмоционального, социального и интеллектуального потенциала ребенка, формирование его позитивных личностных качеств.

Одним из важных условий, определяющих адекватную организацию коррекционной образовательно-воспитательной работы, является относительно легкая приспособляемость в детском коллективе, как в бытовом, так и в социальном плане. Коллектив рассматривается как одно из важнейших средств педагогического воздействия, но в том случае, если психофизическое развитие ребенка находится в соответствии с уровнем развития коллектива. В противном случае, можно наблюдать проявление негативизма у ребенка, его замыкание, снижение самооценки, неуверенность в своих силах, закрепление отрицательных черт характера и поведения. Кроме того, ребенок должен уметь обслужить себя в социально-бытовом плане на элементарном уровне, так как на оказание помощь каждому ребенку просто не хватает времени.

Поступая в ДООУ ребенок:

- во-первых, должен иметь сохранную моторику или такое состояние опорно-двигательного аппарата, при котором основные моторные функции могли бы выполняться сравнительно легко (взять и удержать предмет, манипулировать им, свободно передвигаться, сидеть, ложиться, вставать, жевать, глотать), во-вторых, детям должна быть доступна бытовая деятельность, осуществляемая совместно со взрослым и с его помощью;

-дети должны быть не опасны для окружающих. Это специфичное требование. Ребенок должен понимать слова "нельзя", "не надо";

-дети должны обладать необходимым запасом элементарных представлений об окружающем. Выделение требования определено тем, что весь процесс с дошкольного образования строится с опорой на имеющиеся у детей знания;

-дети должны понимать обращенную речь и иметь собственную. Во-первых, обучение и воспитание являются "изустными", во-вторых, дети должны понимать простейшие вербальные указания, типа: принеси, закрой, ешь, дай и т.д., без которых невозможна организация успешного образовательно - воспитательного процесса в ДОУ;

-дети должны быть соматически здоровыми, так как продуктивность образовательного процесса во многом определяется уровнем физического здоровья.

Одним из основных направлений коррекционной работы с умственно отсталыми дошкольниками и младшими школьниками является формирование у них положительного отношения к контактам со взрослыми и сверстниками. Надо дать ребенку почувствовать, что его любят, ему рады, он не одинок. Родители должны быть ласковы со своим ребенком, доброжелательны, терпеливы и, вместе с тем, требовательны и строги, когда это необходимо.

Очень важно для воспитания и социализации умственно отсталого ребенка развивать у него культурно-гигиенические навыки, навыки самообслуживания и элементарного бытового труда. Надо хвалить малыша, когда он старается быть опрятным, и не ругать, а помогать, если навык по какой-то причине утрачивается.

Занимаясь с умственно отсталым ребенком, родителям следует воспитывать у него интерес к окружающему и происходящему, учить не отвлекаться от занятий, работать целенаправленно. Не менее значимым аспектом в воспитании ребенка является стимуляция его сенсорного развития, которое служит основой для формирования речи, развития инициативы, целенаправленной деятельности, эмоциональных реакций. Для этого родителям целесообразно проводить с ребенком игры, направленные на знакомство с формой, величиной, цветом предметов, обучение его простым действиям с ними. Рекомендуется учить ребенка понимать такие слова, как «квадрат», «круг», «форма», «красный», «синий», «цвет», «одинаковый», «большой», «маленький» и др. Причем, на начальных этапах не надо требовать от ребенка запоминания и самостоятельного употребления этих слов.

Зная о том, что ведущим видом деятельности у дошкольников является игра, родители должны стараться вызвать у ребенка интерес к ней или просто к игровым действиям. Надо показать малышу заинтересованность взрослых в игре с ним. Желательно, чтобы у ребенка были разные игрушки куклы, машинки, пирамидки, кубики, мозаика и другие. Необходимо также учить дошкольника наблюдать за деятельностью окружающих их взрослых: как мама моет посуду, убирает квартиру. Нужно привлекать его к выполнению несложных поручений, к тому, чтобы он помогал в той или другой работе. Все это будет способствовать развитию ребенка, формированию у него положительных черт характера. Умственно отсталые дети не должны быть изолированы от своих нормально развивающихся сверстников. Общаясь с ними, они расширяют свой социальный опыт, у них появляется чувство товарищества, взаимопомощи, доброжелательность. Общение с нормально развивающимися детьми это одна из ступеней социальной адаптации ребенка с отклонениями в развитии. Родителям следует это всячески поощрять, за исключением общения с детьми с асоциальным поведением. Следует заметить, что для нормально развивающихся детей общение с умственно отсталым ребенком не принесет вреда. Напротив, оно будет способствовать формированию доброго отношения, желания помочь товарищу.

Вопрос об общении умственно отсталого ребенка с другими детьми, о его включении в коллектив сверстников легче решается в условиях специального детского сада или специальной школы. Если ребенок воспитывается и обучается в семье, то родителям следует

подумать о том, как предупредить его изоляцию от других детей.

Находясь в благоприятных для всестороннего развития условиях коррекционного педагогического воздействия некоторые ученики специальной школы продвигаются в умственном развитии и социализации значительно успешнее своих товарищей. Оканчивая школу, они существенно отличаются от них во всех отношениях. Таких случаев немного. Но они имеют место. И с ними нужно считаться. Нужно ставить вопрос о снятии диагноза с молодого человека. Эта процедура осуществляется специальными комиссиями, например, такая комиссия работает при НИИ психиатрии в г. Москве.

О наличии таких комиссий должны знать и выпускники вспомогательной школы и их родители.

### Контрольный тест к 4 разделу

1. В настоящее время система специального образования располагает \_\_ видами школ...  
А) 8; Б) 7; В) 10; Г) 5.
2. Какой фактор в развитии детей-сирот играет самую важную роль в прогрессировании уже имеющихся нарушений?  
А) отсутствие постоянного взаимодействия со взрослыми (особенно с родителями);  
Б) плохое питание;  
В) неблагоприятная обстановка в группе сверстников;  
Г) нехватка витаминов и микроэлементов.
3. Содержание обучения умственно отсталых детей не мыслится без...  
А) дифференциации и индивидуальных методов;  
Б) научного содержания обучения;  
В) поэтапного формирования умственных действий;  
Г) все ответы верны.
4. Что является основой познания для ребенка дошкольного возраста?  
А) чувственное познание;  
Б) восприятие;  
В) наглядно-образное мышление;  
Г) перцептивные действия.
5. Навыки поведения привитые семьей, окружающей средой проявляющиеся в общественной жизни – это...  
А) воспитание;  
Б) обучении;  
В) учение;  
Г) развитие.
6. В специализированном дошкольном учреждении решаются следующие блоки задач:  
А) диагностические, воспитательные, клинические, психотерапевтические;  
Б) клинические, образовательные, диагностические, развивающие;  
В) диагностические, воспитательные, коррекционно-развивающие, образовательные;  
Г) воспитательные, клинические, диагностические, развивающие.
7. Коррекционная работа по развитию речи дошкольников с нарушением интеллекта ведется по следующим направлениям...

- А) создание предпосылок речевого развития, умственное развитие;
- Б) создание предпосылок речевого развития, развитие основных функций речи;
- В) развитие основных функций речи, развитие чувственного познания;
- Г) развитие чувственного познания, развитие артикуляционного аппарата.

8. Наука о воспитании и обучении умственно отсталых детей дошкольного возраста – это ...

- А) дошкольная олигофрения ;
- Б) олигофрения;
- В) дошкольная олигофренопедагогика;
- Г) дошкольная педагогика.

9. Исправление тех или иных недостатков развития называется:

- А) коррекция;
- Б) компенсация;
- В) абилитация;
- Г) реабилитация.

10. К классификации детей с общим психическим недоразвитием М.С.Певзнер относятся следующие формы:

- А) неосложненная форма;
- Б) олигофрения с нарушением функций анализаторов;
- В) слепоглухонемота;
- Г) имбецильность.

11. Какой термин обозначает данное определение: «замещение или восполнение функций, нарушенных или утраченных вследствие дефектов в развитии, перенесенных заболеваний и травм»?

- А) экстренное замещение;
- Б) регенерация;
- В) восполнение утраченного;
- Г) компенсация функций.

12. «Постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака» - это...

- А) признаки;
- Б) факторы;
- В) условия;
- Г) методы.

13. Ученым, обозначившим понятие «зона ближайшего развития» и «зона актуального развития» является ...

- А) Р.М. Боскис;
- Б) А.Адлер;
- В) Л.С.Выготский;
- Г) Г.Е.Сухарева.

## **5. ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

### **5.1. Особенности социальной адаптации умственно отсталых детей дошкольного возраста**

Рассматривая особенности социальной адаптации умственно отсталых детей, следует рассмотреть критерии адаптационных возможностей. В качестве критериев выступают следующие: игра, общение со взрослыми и сверстниками, самообслуживание детей.

В младшем дошкольном возрасте у умственно отсталых дошкольников преобладают бесцельные действия с игрушками (несет кубик в рот, бросает куклу), к старшему дошкольному возрасту появляются предметно-игровые действия (укачивание куклы, катание машины), процессуальная игра - многократное повторение одних и тех же действий. Игровые действия не сопровождаются эмоциональными реакциями и речью. Сюжетно-ролевая игра самостоятельно, без специального коррекционного обучения не формируется.

Общение ребенка с нормально развивающимися сверстниками затруднено: его не принимают в игру, так как он не умеет играть. Он становится отверженным в среде сверстников и вынужден играть с более младшими детьми. Такой ребенок в условиях обычного детского сада испытывает стойкие трудности в усвоении программного материала на занятиях по формированию элементарных математических представлений, развитию речи, ознакомлению с окружающим, конструированию. Если ребенок не получил в детском саду специальной педагогической помощи, он оказывается не готовым к школьному обучению.

Для всех «особых» детей значимым является овладение навыками самообслуживания, приспособление к жизни людей, к стилю жизни в обществе, для адаптации в микросоциальной среде. Основной задачей обучения навыкам является целенаправленная подготовка к жизни, снижению уровня опеки со стороны родителей, для формирования максимального уровня самостоятельности. Необходимым условием является создание атмосферы доброжелательного общения, совместная с родителями деятельность, соответствующая уровню развития и индивидуальным особенностям. Поддерживается активность ребёнка, пресекается возможная агрессия.

Самообслуживание и социальные навыки отрабатываются исключительно в естественно возникающих ситуациях и в подходящее для этого время. Параллельно должна вестись работа с родителями. Ведь в работе с «особым» ребёнком нужно придерживаться единой тактики всем, кто его окружает, поэтому следует подключать к занятиям всех членов семьи. Занятия должны быть интересными и сбалансированными.

Могут возникнуть особые проблемы, если ребёнок может, но не хочет. Дети с большим вниманием относятся к тому, что для них является более новым, сложным, чем то, к чему они привыкли. Заранее должен программироваться успех, похвала, то есть задания подбираются, которые им нравятся.

Если ребёнок не может сконцентрировать внимание, из-за недостатка уровня развития или части большой проблемы, то прежде чем учить его, необходимо учить концентрировать внимание. Именно зрительный контакт означает, что ребёнок сосредоточил внимание.

Ребёнок следует взглядом за направлением взгляда взрослого или за жестом его указательного пальца, или может бросать взгляд на взрослого, как бы проверяя, смотрит ли он на тот же предмет. Если ребёнок не обнаруживает эти умения, то они должны стать основными задачами, т.к. без них невозможно овладеть социальными навыками, навыками общения, позже, навыками тонкой моторики.

Необходимо учить ребенка ставить долгосрочные и краткосрочные цели и задачи: например, долгосрочная цель - научить ребёнка опрашивать естественную нужду.

Краткосрочные цели: научить ребёнка терпеть и знать, что ему нужно помочиться; научить проситься на горшок; научить самостоятельно идти в туалет; научить снимать одежду; научить справлять нужду; научить вытираться; научить надевать одежду; научить убирать за собой.

Особое внимание следует обратить на: самостоятельность в элементарных хозяйственно- бытовых делах в семье, посильную помощь семье в уборке, умение ориентироваться в окружающей действительности, умение организовать свой досуг, развитие речи, отражение в словах и фразах своих действий.

Овладение простейшими навыками самообслуживания снижает зависимость «особого» ребёнка от окружающих, «работает» на укрепление его уверенности в своих силах. Поэтому, формирование минимально необходимых жизненно- практических навыков должно быть особо значимым.

У «особых» детей возможно успешное формирование последовательно усложняющихся навыков: гигиена тела, пользование туалетом, приём пищи, правильное обращение с продуктами питания, их элементарной обработки, одевание и раздевание, обувание и снятие обуви, уход за одеждой и обувью, поддержка в помещении порядка, уборка за собой игрушек, уход за домашними животными.

Формируя у «особого» ребёнка социальные навыки и умения, необходимо добиваться его положительного отношения к их освоению. Навыки общения, особенности общения нормально развивающихся детей с «особыми детьми» включает следующий ряд сложностей.

Как известно, умственно отсталым детям свойственны: эмоциональные отклонения (частая смена настроений); отсутствие инициативы и самостоятельности; дети с трудом переключаются на другую деятельность; охотно подражают другим; действуют по стереотипу, по заученным штампам; легко поддаются внушению, либо сопротивляются всему новому.

Можно сказать, что у данной категории детей повышенная внушаемость сочетается с негативизмом, неустойчивость в деятельности сочетается с большой инертностью.

Как помочь таким детям в общении? Детей нужно постоянно учить всему, даже улыбаться. Ведь улыбка возникает под воздействием социальных факторов, а не дана нам с рождения. Для «особых» детей нужно создавать ситуации, стимулирующие их речь, поощрять любую речь, даже лепетную.

Нужно заставлять повторять отдельные слова, разучивать слова и фразы, включающие просьбы.

Для понимания смысла, полезно на всех предметах обихода прикреплять таблички с нарисованными названиями (стол, стул, дверь, окно, пр.). Показывая табличку, нужно произносить слово и указывать на предмет. Для проверки можно спросить, где предмет. Если ребёнок затрудняется, повторить всё сначала. Позднее, можно прикрепить к стене табличку, где написано слово и под ним рисунок предмета.

Необходимо проводить работу с картинками, где изображены хорошо знакомые предметы, животные, дети, взрослые, их действия. Подбирать картинки необходимо так, чтобы можно было соотнести их с окружающей обстановкой. Главное, чтобы рассматривание вызывало у ребёнка эмоции, сопровождалось речью.

Общаясь нормально развивающихся детей с аномальными детьми, необходимо учить нормально развивающихся сверстников сопровождать свои действия негромкой, плавной речью со спокойной приветливой информацией. Необходимо постоянно поддерживать внимание и познавательный интерес к выполняемой деятельности и окружающему. Нужно учить адекватно вести себя дома и в общественных местах, учить выполнять правила поведения на улице, учить критически относиться к своим поступкам, учить

организованности и выдержке, подавляя желание «Я хочу!» отвлечением и убеждением или игнорированием его требований.

Только тесный и доброжелательный контакт способствует формированию навыков межличностного общения.

Существует 5 главных направлений работы по развитию навыков общения

1. Развитие умения концентрировать внимание и реагировать на обращение окружающих.

2. Развитие восприятия речи.

3. Развитие умения подражать.

4. Развитие умения соблюдать очерёдность

5. Развитие умения применять навыки общения в повседневной жизни.

Несмотря на трудности формирования представлений и усвоения знаний и навыков, задержку в развитии разных видов деятельности, дети с незначительной умственной отсталостью все же имеют возможности для развития. У них в основном сохранно конкретное мышление, они способны ориентироваться в практических ситуациях, ориентированы на взрослого, у большинства из них эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность.

Дети с незначительной степенью умственной отсталости нуждаются в специальных методах, приемах и средствах обучения, учитывают особенности их психического развития. Для этого существуют специальные детские сады, специальные группы в обычных детских садах, где созданы особые образовательные условия для их развития. Допускается включение двух-трех детей с незначительной степенью умственной отсталости в коллектив нормально развивающихся сверстников.

## **5.2. Формирование социальной адаптации умственно-отсталых детей дошкольного возраста**

В процессе формирования социальной адаптации умственно отсталых детей должны решаться следующие задачи:

1. Развитие всех психических функций и познавательной деятельности детей в процессе обучения и коррекция их недостатков. Основное внимание в этой работе должно быть направлено на умственное развитие.

2. Воспитание умственно отсталых детей, формирование у них правильного поведения. Основное внимание в этом разделе работы направлено на нравственное воспитание.

3. Трудовое обучение и подготовка к посильным видам труда. Физическое воспитание. Самообслуживание.

4. Бытовая ориентировка и социальная адаптация - как итог всей работы.

Максимально возможное развитие может быть достигнуто только при соблюдении ряда условий: более раннее начало коррекционной работы; благоприятная семейная обстановка и тесная связь дошкольного учреждения с семьёй; применение адекватной программы и методов обучения, соответствующих реальному возрастному периоду и реальным возможностям аномальных детей и целям их воспитания.

Первое условие - проблема ранней коррекции детей с нарушениями интеллекта чрезвычайно важна. Работа с умственно отсталыми детьми в дошкольном возрасте должна быть направлена на развитие речи, предметной деятельности, игры, навыков самообслуживания, целенаправленности действий, на упорядочение поведения, контактности.

Коррекционное обучение отсталых детей в раннем возрасте нередко может привести к значительным положительным сдвигам в развитии ребёнка, что повлияет на всю его дальнейшую судьбу.

Второе условие для благоприятного развития ребёнка - правильная организация его семейного воспитания. Роль родителей умственно отсталых детей трудно переоценить и в том случае, если ребёнок живёт дома, и тогда, когда он помещён в специальный детский дом. Многие родители прилагают большие усилия, чтобы создать благоприятные условия для развития своего ребёнка, но им часто не хватает знаний и умения. Воспитание умственно отсталого ребёнка требует много терпения, настойчивости, понимания и часто даже педагогической изобретательности. Однако правильный подход, повседневное приучение ребёнка к выполнению посильных заданий со временем окупают себя, поскольку ребёнок из требующего постоянной опеки и ухода существа, в какой-то мере деспота, становится самостоятельно обслуживающим себя маленьким человечком и даже в меру своих сил помощником родителей.

В семье ребёнка можно обучить многому: обслуживанию себя, выполнять поручения и несложные виды труда, общаться с другими людьми. Необходимо использовать склонности, привязанности, которые есть у детей, - любовь к музыке, прогулкам, интерес к определённым игрушкам и играм - как меру поощрения и стимуляции выполнения менее приятных, но необходимых заданий.

Третье условие - применение адекватных программ и методов обучения умственно отсталых детей, соответствующих возможностям и целям их воспитания, - важнейшее и в значительной мере решающее условие для развития всей их познавательной деятельности. Необходимо такое развивающее обучение умственно отсталых детей, при котором у них осуществляется элементарный перенос знаний, возникает возможность применения их для решения новых аналогичных задач.

Для достижения такого эффекта, обучение должно быть рассчитано на актуальный уровень развития детей и возможности зоны ближайшего развития, должно основываться на ведущей деятельности данного возрастного периода.

Подводя итог, необходимо отметить основные моменты.

Умственно отсталые - это дети, у которых в результате органических поражений головного мозга наблюдается нарушение нормального развития психических, особенно высших познавательных, процессов (активного восприятия, произвольной памяти словесно-логического мышления, речи и др.).

Для умственно отсталых характерно наличие патологических черт в эмоциональной сфере: повышенной возбудимости или, наоборот, инертности; трудностей формирования интересов и социальной мотивации деятельности.

При нарушении умственного развития главными и ведущими неблагоприятными факторами оказываются слабая любознательность (ориентировка) и замедленная обучаемость ребенка, т.е. его плохая восприимчивость к новому. Эти первичные нарушения оказывают влияние на развитие умственно отсталого ребенка с первых дней жизни. У многих детей задерживаются сроки развития статики и локомоций, причем часто задержка бывает весьма существенной, захватывающей не только весь первый, но и второй год жизни. Наблюдается отсутствие интереса к окружающему и реакций на внешние раздражители, общая патологическая инертность (что не исключает крикливости, беспокойства и т. п.). У детей не возникает эмоционального общения со взрослыми и сверстниками, отсутствует, как правило, «комплекс оживления». В дальнейшем у них не возникает интереса к игрушкам. Не происходит своевременного перехода к общению на основе совместных действий взрослого и ребенка с предметами, не возникает новой формы общения - жестового общения.

Восприятие, мышление и речь у детей этой категории оказываются при спонтанном развитии на очень низком уровне.

В дошкольном возрасте умственно отсталый ребенок без специальной коррекционной работы минует два важных этапа в психическом развитии: развитие предметных действий и развитие общения с другими людьми. Этот ребенок мало контактен как со взрослыми, так и со своими сверстниками, он не вступает в ролевую игру и в какую-либо совместную деятельность с другими людьми. Все это отражается на накоплении социального опыта детей и на развитии высших психических функций - мышления, произвольной памяти, речи, воображения, самосознания, воли.

### **5.3. Социально-проблемная ситуация как метод формирования социальной адаптации умственно-отсталых детей**

В развитии аномального ребёнка ведущую роль играет не первичный дефект, а его вторичные социальные последствия. Процессы компенсации, т.е. замещение или перестройка нарушенных или недоразвитых функций организма - не в состоянии полностью выправить дефект, но они помогают преодолеть затруднения, создаваемые дефектом. Считается, что социальное воспитание «особого» ребёнка, основанное на методах социальной компенсации его природного недостатка, единственно верный путь. Это означает включение ребёнка в разнообразные социальные отношения, активное общение, общественно-полезную деятельность на основе компенсаторных возможностей.

Работа с детьми на первой ступени развития должна быть подчинена решению следующих задач:

1. Развитие всех сторон познавательной деятельности в процессе их недостатков.
2. Правильное воспитание, социальная адаптация и включение в социальную среду.
3. Подготовка к социально - бытовой и трудовой деятельности.

В основе работы с детьми, осуществляемой с учётом их возможностей, лежат как общедидактические, так и специальные принципы обучения и воспитания. При этом такие общедидактические принципы, как наглядность (обследование предмета), доступность (опускаться до уровня ребёнка), индивидуальный подход (учёт возможностей и особенностей ребёнка) имеют особое значение.

Остановимся более подробно на таких критериях формирования социальной адаптации, как общение детей со сверстниками и со взрослыми, формирование навыков самообслуживания, игровой деятельности.

1. Формирование сотрудничества ребенка со взрослыми, с нормально развивающимися сверстниками и формирование способов усвоения социокультурного опыта

В основе этого процесса лежит эмоциональный контакт, который является центральным звеном, формирующим у нетипичного ребенка мотивы для деловой формы общения, основанной на совместных действиях взрослого и ребенка. Следует отметить, что, например для интеллектуально неполноценного ребенка характерна асинергия, т.е. отсутствие способности к совместной деятельности. В дальнейшем происходит формирование действий по указательному жесту и параллельное развитие функций внимания. Данный этап подготавливает ребенка к подражанию движениям и действиям с предметами. Затем само подражание становится осмысленным и позволяет начать формирование у ребенка поисковые способы ориентировки, в частности метода проб и ошибок. В свою очередь, данный метод и подражание подготавливают воспитанника к овладению действиями по образцу. Одним из главных требований к занятиям по рассматриваемому этапу работы выступает включение речи.

Таким образом, условия формирования сотрудничества ребенка со взрослым и сверстниками следующие:

эмоциональный, визуальный и тактильный контакт;

постановка перед ребенком учебно-воспитательных задач в доступной ему форме;

подбор способов передачи ребенку социокультурного опыта, соответствующих уровню его актуального развития.

Выделяют следующие способы усвоения воспитанниками общественного опыта:

совместные действия умственно отсталого и нормально развивающегося ребенка;

подражание показанным действиям;

действия по образцу и речевой инструкции;

поисковые способы ориентировочной познавательной деятельности (целенаправленные пробы, практическое примеривание, зрительная ориентировка).

## 2. Формирование игровой деятельности умственно отсталых детей

Работа направлена на развитие у детей интереса к игрушкам, предметно-игровым действиям, умения играть совместно с нормально развивающимися детьми.

Игра - это ведущий вид деятельности в дошкольном возрасте, который обеспечивает всестороннее развитие ребенка, является одним из действенных средств обучения и воспитания. Поэтому должны использоваться и дидактические игры, и сюжетно-ролевые, и подвижные, и хороводные и т.д. Игра, по словам А.С. Макаренко, имеет для ребенка тоже значение, что для взрослого - работа, служба и т.п. Каков ребенок в игре, таков он будет и в работе, когда вырастет. Нормально развивающиеся дети должны не только принимать активное участие в совместной игре с умственно отсталыми детьми, но и в ее создании.

Наиболее важны для ребенка ролевые игры. В них ребенок воссоздает в доступной для себя форме отношения, которые складываются в мире взрослых. Именно игра является тем механизмом, который переводит внешние требования социокультурной среды в собственные потребности ребенка.

В игре создаются наиболее благоприятные условия для всестороннего психофизического развития ребенка и коррекции, имеющихся онтогенетических недостатков. У ребенка воспитываются активность, самостоятельность, инициативность. Он учится действовать коллективно, закладываются основы продуктивной коммуникации.

## 3. Трудовое воспитание и обучение умственно отсталых детей

Труд оказывает значительное воздействие на формирование личности ребенка, на улучшение его физического здоровья, создает благоприятные условия для корригирования интеллектуальной недостаточности, делает нетипичных детей независимыми в плане самообслуживания. К направлениям трудового воспитания детей в специальном ДОО относятся:

А) занятия ручным трудом;

Б) воспитание навыков самообслуживания;

В) воспитание уважения к труду взрослых.

*Занятия ручным трудом* представлены формированием продуктивных видов деятельности умственно отсталых детей. Основная задача - сформировать интерес к изобразительной деятельности и заинтересованность в ее результате. На начальных этапах обучения занятия направлены на формирование предпосылок к изобразительной деятельности, а именно: на развитие интереса к ней, развитие орудийных действий, зрительно-двигательной координации, ручной моторики, а также развитие восприятия предметов.

В дальнейшем занятия изобразительной деятельностью (ИЗО) ориентированы на формирование у детей умения анализировать предметы, овладение способами обследования их свойств, качеств и передачи их через рисунок, лепку, аппликацию, конструирование, занятия с природным материалом, полуфабрикатами из дерева. Изобразительная деятельность напрямую связана с занятиями по сенсорному воспитанию, ознакомлению с окружающим, обучением игре. Поэтому занятия ИЗО начинаются с младшей группы.

*Воспитание навыков самообслуживания.* Овладение элементами трудовой деятельности является прямым продолжением развития предметной деятельности ребенка, при этом сами предметные действия становятся для ребенка социально значимыми. Трудовое воспитание проводится в детском саду по следующим разделам: формирование навыков самообслуживания и бытового труда; знакомство с трудом взрослых, привитие навыков по уходу за растениями и животными.

В этой работе нормально развивающийся сверстник выступает образцом для умственно отсталых детей. На примере самообслуживания нормально развивающихся сверстников умственно отсталый ребенок осваивает несложные действия, такие как без помощи взрослого может одеться и раздеться, обуться, пользоваться туалетом и т.д. Здесь же используются специально организованные занятия с дидактическими игрушками, в которых, как нормально развивающиеся так и умственно отсталые дети учатся одевать, кормить, водить гулять. Кроме того, повышается роль коррекционно-развивающих занятий, на которых у детей корригируют нарушения моторной сферы, совершенствуют координацию движений, а также коррекционно-практических занятий, где дети учатся практическому выполнению культурно-гигиенических навыков.

В дальнейшем детей учат посильному хозяйственно-бытовому труду: уборке игрового уголка, дежурству по столовой и в уголке природы, уходу за животными, труду на участке и т.д. Хозяйственно-бытовой труд организуют так, чтобы нормально развивающийся ребенок осуществлял посильные трудовые действия совместно с умственно отсталым сверстником. Введение элементов трудовой деятельности играет большую роль в усвоении ребенком опыта действий с предметами, способствует пониманию роли каждого отдельного действия и логической последовательности действий. Воспитание трудовых навыков осуществляется в повседневной жизни и на специальных занятиях. В процессе занятий по труду дети учатся действовать по подражанию, образцу и словесной инструкции. Образцом на таких занятиях выступают трудовые действия нормально развивающегося ребенка : « Посмотрите, как Витя поливает цветы» или «Посмотрите, как Толя аккуратно застилает постель» и др. Действия по вербальной инструкции помогают развитию у детей словесной регуляции деятельности.

*Воспитание уважения к труду взрослых.* Формирование представлений о труде взрослых проводится в ходе каждодневных совместных наблюдений и в процессе занятий по ознакомлению с окружающим. Детям рассказывают о труде помощника воспитателя, повара, дворника, водителя, врача, то есть людей, которые окружают детей и труд которых доступен пониманию детей с нарушенным интеллектом. Основная задача педагога - показать определенный вид труда, его результаты, их значимость именно для детей, а также воспитывать у них чувство благодарности, обращать внимание на нравственные аспекты. Впоследствии круг профессий расширяется. Добавляются, в-первую очередь, профессии родителей. Организуются экскурсии в библиотеки, проводятся беседы, на прогулках обращается внимание детей на разнообразие трудовой деятельности человека.

Огромную помощь в понимании значения труда, в усвоении знаний о людях разных профессий оказывает игра, в которой умственно отсталые дети совместно с нормально развивающимися под руководством педагогов обыгрывают полученные во время наблюдений впечатления, поочередно выполняя различные роли, переживают чувство симпатии к людям различных профессий.

Таким образом, социальная адаптация- приспособление, приведение индивидуального и группового поведения «особых» детей в соответствие с системой общественных норм и ценностей. У «особых» детей, из-за дефектов развития, затруднено взаимодействие с социальной средой, снижена способность адекватно реагировать на происходящие изменения. Они испытывают особые трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм, что может вызвать у них неадекватную реакцию и привести к отклонению в поведении. В задачи развития и воспитания «особых» детей входит обеспечение адекватного взаимоотношения их с обществом, осознанного выполнения социальных норм и правил. Социальная адаптация открывает «особым» детям возможность активного участия в общественной жизни.

#### **5.4. Создание условий для успешного формирования социальной адаптации умственно-отсталых детей дошкольного возраста**

С поступлением умственно отсталого ребенка в дошкольное учреждение в его жизни происходит множество изменений: строгий режим дня, отсутствие родителей в течение 9 и более часов, новые требования к поведению, постоянный контакт со сверстниками, новое помещение, таящее в себе много неизвестного, а значит, и опасного, другой стиль общения.

Все эти изменения обрушиваются на ребенка одновременно, создавая для него стрессовую ситуацию, которая без специальной организации может привести к невротическим реакциям, таким, как капризы, страхи, отказ от еды, частые болезни, психическая регрессия и т.д.

Сложность приспособления организма к новым условиям и новой деятельности и высокая цена, которую платит организм ребенка за достигнутые успехи, определяют необходимость тщательного учета всех факторов, способствующих адаптации ребенка к дошкольному учреждению или, наоборот, замедляющих ее, мешающих адекватно приспособиться.

Именно поэтому необходима целенаправленная организация жизни умственно отсталого дошкольника в дошкольном учреждении, которая приводила бы к наиболее адекватному, безболезненному приспособлению ребенка к новым условиям, позволяла бы формировать положительное отношение к детскому саду, навыки общения, прежде всего с нормально развивающимися сверстниками.

На основании вышеизложенного нами были выделены следующие цели, которые в своей работе должны реализовать работники дошкольных учреждений, в которых воспитываются умственно отсталые дети наряду с нормально развивающимися во время адаптационного периода аномальных детей:

- создание эмоционально благоприятной атмосферы в группе,
- формирование чувства уверенности в окружающем.

Для успешной адаптации младшего дошкольника к условиям дошкольного учреждения необходимо, прежде всего, создать у него положительную установку, положительное впечатление о детском саду, чтобы он ходил туда с желанием. А это зависит в первую очередь от воспитателей, от их умения и желания создать атмосферу тепла, доброты, внимания в группе.

Важным моментом при создании благоприятной атмосферы в группе является проведение Праздника Знакомства, то есть первый день пребывания в детском саду для ребенка становится праздником. В этот день детей и их родителей встречают оба воспитателя, их помощник. Они знакомят детей и родителей с группой (показывают шкафчики, игрушки, кровати и пр.), проводят игры, направленные на знакомство детей между собой и родителей; игры, в которых участвуют и дети, и родители, и, конечно же,

воспитатели. Праздник завершается чаепитием, подготовленным с помощью родителей. Желательно, чтобы детей в первый день забрали сразу после обеда, чтобы родители все время пребывания ребенка в саду в этот день были рядом с ним.

Первое знакомство с воспитателями и детьми в благоприятной, насыщенной положительными эмоциями обстановке приводит к положительному настрою детей на посещение детского сада, знакомству родителей между собой, что в дальнейшем упрощает работу воспитателей с ними (например, организация группового праздника).

Проведение Праздника Знакомства необходимо, причем его эффект проявляется, даже если его провести в середине учебного года в виде своеобразного родительского собрания или утренника, который проводится после ужина: дети с большим удовольствием начинают ходить в детский сад. Родители больше доверяют воспитателям, интересуются их работой, предлагают свою помощь и т.д.

Со временем аномальный ребенок освоится в новой обстановке, познакомится с детьми, с воспитателями, будет ориентироваться в саду. Кто-то с первого дня почувствует себя «как дома», а у кого-то неумение освоиться в новой ситуации приведет к нежеланию ходить в детский сад, к конфликтам с детьми, воспитателями. Именно поэтому одна из задач адаптационного периода - помочь ребенку как можно быстрее и безболезненнее освоиться в новой ситуации, почувствовать себя увереннее, хозяином ситуации. А уверенным малыш будет, если узнает и поймет, что за люди его окружают; в каком помещении он живет и т.д. Решению этой задачи, начиная с первого дня пребывания в саду, посвящается все первое полугодие (до января). Для формирования чувства уверенности в окружающем необходимо:

1) знакомство, сближение детей между собой; 2) знакомство с воспитателями, установление открытых, доверительных отношений между воспитателями и детьми; 3) знакомство с группой (игровая, спальная и др. комнаты); 4) знакомство с детским садом (кухня, медкабинет и др.); 5) знакомство с педагогами и персоналом детского сада.

Знакомство с окружающим (помещением детского сада, персоналом, детьми из других групп) организуется в форме игр, способствующих развитию коммуникативных навыков и освоение окружающей среды ребенком. (Приложение 2) Именно играм такого вида мы отдали большее предпочтение. Суть данных игр в том, что игровые действия умственно отсталыми детьми осуществляются совместно с нормально развивающимися. Это способствует общению аномального и здорового ребенка. Обогащает чувственный опыт детей. Коммуникативные игры позволяют педагогам сближать умственно отсталых детей с нормально развивающимися, и тем самым способствовать наилучшей социальной адаптации аномальных детей.

Для того, чтобы умственно отсталые дети не были для сверстников «белой вороной» при поступлении в ДОУ педагогами организуется знакомство аномальных детей с нормально развивающимися сверстниками. Данное знакомство происходит в форме игры «День рождения». (Приложение 3) Особенность данной игры заключается в том, что умственно отсталый ребенок может быть не только участником, но и зрителем в сюжете данной игры.

Таким образом, интеграция детей с нарушениями в развитии в общество не может происходить так же, как у их нормально развивающихся сверстников. Имеющийся дефект приводит к нарушению связей с социумом, культурой, как источником развития. Поэтому такой ребенок не в состоянии воспринять социальные нормы и требования. Психологическая поддержка и педагогическая работа, как правило, в определенном возрасте - основное, в чем нуждаются дети, отстающие в развитии. Создание благоприятных условий для успешной социальной адаптации умственно отсталого ребенка в среду нормально развивающихся сверстников огромная работа как для педагогов и специалистов, так и для всех работников детского сада. Доброжелательное отношение взрослых к аномальному ребенку послужит примером для общения нормально развивающихся детей со сверстниками с отклонениями в развитии.

## Контрольный тест к 5 разделу

1. Выделите специализированные (коррекционные) учреждения для дошкольников с нарушением интеллекта:

А) детские сады с круглосуточным пребыванием, специализированные детские дома, группы при школах-интернатах;

Б) центры психического здоровья, специальные интернаты для инвалидов детства;

В) специализированные психоневрологические санатории;

Г) все ответы верны.

2. Укажите способы передачи общественного опыта, которые доступны для усвоения детьми с нарушением интеллекта:

А) словесные инструкции или описания;

Б) совместные действия ребенка со взрослым;

В) образец, подражание взрослому;

Г) все ответы верны.

3. Своеобразие содержания образовательных программ в коррекционных учреждениях способствует...

А) преодолению недостатков в развитии ребенка;

Б) усвоению программы;

В) формированию прочных учебных навыков у детей;

Г) усложнению существующих программ.

4. Основными механизмами обучения и воспитания детей дошкольного возраста является приобретение ...

А) личностного развития;

Б) педагогического опыта;

В) социального опыта;

Г) эмоционального развития.

5. История воспитания и обучения умственно отсталых детей в России начинается в...

А) конце XVIII в.;

Б) XIX в.;

В) конце XIX в.;

Г) XX в.

6. Дидактика – это теория ...

А) воспитания;

Б) обучения;

В) преподавания;

Г) изучение методик.

7. Определите предмет дошкольной олигофренопедагогики:

А) теоретические основы воспитания и обучения дошкольников с нарушением интеллекта;

Б) значение воспитания в коррекционном развитии ребенка с нарушением интеллекта;

В) изучение особенностей дошкольников с нарушением интеллекта;

Г) разработка содержания, методов, приемов и средств обучения и воспитания детей с нарушением интеллекта.

8. Обозначьте основные принципы обучения, применяемые в коррекционной работе с умственно отсталыми дошкольниками:

А) принцип генетического хода; единство диагностики и коррекции отклонений в развитии;

Б) принцип развивающего характера обучения; учет сензитивных периодов в развитии;

В) принцип учета актуального и потенциального уровня развития; комплексность, систематичность, последовательность в обучении;

Г) все ответы верны.

9. Неверным суждением является:

А) при умственной отсталости у младенца не формируется эмоциональное общение со взрослыми;

Б) уровень развития ребенка первого года жизни с нарушением интеллекта изменить к лучшему нельзя (И.П. Павлов);

В) у детей с нарушением интеллекта с младенчества отсутствует неудержимое стремление познания окружающего мира;

Г) дети с умственной отсталостью на первом году жизни не дифференцируют «своих» и «чужих» взрослых.

10. Г.Е. Сухарева выделяет ...

А) 2 группы олигофрении;

Б) 3 группы олигофрении;

В) 5 группы олигофрении;

Г) 6 группы олигофрении.

## **6. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

### **6.1. Проблема социальной адаптации детей с задержкой психического развития**

Социальная адаптация определяется в самом общем виде, как процесс приспособления индивида к изменяющимся условиям окружающей среды. Применительно к контингенту лиц с ЗПР часто употребляется термин социально-трудова адаптация, в котором раскрывается содержание задач общества по отношению к этой категории лиц: приспособление их к самостоятельному общественно-полезному труду и воспитание у них способности ориентироваться на определенные нормы, регулирующие поведение человека в обществе.

Однако данная позиция оказывается несколько ограниченной, одноплановой, не соответствующей реальной широте, многогранности и сложности рассматриваемого процесса. Основной сферой протекания процесса адаптации является, прежде всего, сфера межличностного взаимодействия. Нормально протекание адаптации связывается с достаточным уровнем личностной зрелости индивида. Основной механизм адаптации – преодоление проблемных и конфликтных ситуаций. В связи с этим актуальна проблема фрустрации, особенно в ситуациях изоляции или неприятия личности в группе, что часто происходит с проблемными детьми.

Рассматривая проблемы социальной адаптации детей с ЗПР, необходимо изначально определить особенности общего развития этих детей, прямо и косвенно обуславливающие специфику адаптивного процесса. Следует уделить особое внимание рассмотрению характера знаний и представлений об окружающем мире изучаемой категории детей, своеобразии деятельности, специфику актуализации знаний, суть семейной социализации, пути становления морального поведения детей с ЗПР.

Роль социализации в формировании личности трудно переоценить; социализация, по сути, единственный путь формирования и развития личности, реализующийся в процессах интериоризации и социальной адаптации. Дабы этот путь был как можно более гладким, и адаптация проходила на высоком по качественным характеристикам уровне, не следует забывать об учете возрастной сензитивности. Возрастная сензитивность есть период устойчивого баланса между социальными и биологическими факторами, период наиболее благоприятных условий развития полноценной личности. Выпадение же одного из факторов или нарушение их баланса в онтогенезе приводит к различным нарушениям, иллюстрацией чего и является задержка в развитии. В подобных обстоятельствах границы сензитивных периодов созревания психических функций сдвигаются на год-полтора по сравнению с нормой. Следствием данного факта может стать и смещение сензитивных периодов социального становления ребенка с ЗПР, но вероятнее не просто смещение, а искажение качества процесса, в связи с патологическими изменениями органического субстрата.

Подобная ситуация может обостряться, и традиционные методы воздействия останутся безрезультатными в случае несформированного базиса вхождения в социальную среду, которым являются знания и представления об окружающем мире, обнаруживающие у детей с ЗПР свою специфику.

Данные знания с одной стороны являются источником, с другой – результатом социальной адаптации, но в обоих случаях имеют неоспоримую значимость.

Характеризуя осведомленность детей с ЗПР в различных областях жизненных явлений, можно отметить небольшой объем знаний, неточность, диффузность, недифференцированность, бессистемность самых разнообразных представлений, неумение опереться на имеющиеся знания, пусть даже обедненные и однообразные. Все это приводит к бесспорным сложностям в адаптации.

Условием нормального вхождения ребенка в цивилизацию является единство двух планов развития – естественного (биологического) и социального (культурного). Рассматривая первый план становления ребенка помимо выделенных составляющих благополучия как в развитии психических процессов, так и в общем физическом развитии, невозможно упустить особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР, в силу их объективной значимости для процесса социализации.

Этапы развития личности – это этапы постепенного включения ребенка в многообразные социальные отношения с одновременным формированием целостной и иерархизированной структуры личности. В процессе личностного развития формируются определенные социальные ориентиры по отношению к себе и другим. Основным же негативным последствием патологического уровня личностного развития является наличие выраженных затруднений в социально-психологической адаптации, проявляется во взаимодействии личности с социумом и с самим собой.

Особенности темперамента как психофизиологической основы личности у детей с ЗПР имеют достаточно яркие проявления. Обуславливая индивидуально-типический стиль взаимодействия ребенка с окружающим миром, темперамент является базой для формирования характера, выражающегося в устойчивом отношении к окружающему и самому себе, и проявляющегося как познавательной деятельности, так и в общении, а, значит, и в адаптации в конечном счете.

В дошкольном возрасте, начиная с младенческого периода, по критерию обеспечения успешной социально-психологической адаптации выделяют легкий, промежуточный и трудный темперамент. У детей с ЗПР наблюдается преобладание трудного (44%) и промежуточного (28%) темпераментов, признаками которых являются: повышенная моторная активность, высокая отвлекаемость, низкая выносливость, нарушения настроения.

Таким образом, уже на уровне темпераментных особенностей у детей с ЗПР имеются предпосылки для формирования эмоционального дисбаланса и возникновения трудностей в организации своего поведения и деятельности. Если к этому добавляется неучет со стороны социального окружения наиболее уязвимых сторон психосоциального развития таких детей, то создаются прямые предпосылки для формирования патологического пути как социального, так и личностного развития.

Непосредственно в связи с повышенной эмоциональной неустойчивостью находится сниженный порог к возникновению и закреплению всякого рода страхов. Так, в целом было установлено, что количество страхов дошкольника с ЗПР в 1,5 раза превосходит данный показатель у дошкольника в норме (Н.В. Новикова, Л.В. Кузнецова, Е.В. Васильева). Более того, детям с ЗПР свойственны страхи, типичные для детей более младшего возраста: боязнь сказочных персонажей, животных, темноты. Страхи таких детей характеризуются повышенной интенсивностью, отрицательно влияют на развитие ребенка, его повседневное поведение и социализацию.

Детям с ЗПР свойственны определенные трудности восприятия и понимания эмоций человека. В частности, было установлено, что дети с более выраженной задержкой и ЗПР, обусловленной социальной депривацией, хуже узнают эмоциональные состояния по мимике лица. Многочисленным является тот факт, что дети с ЗПР опознают эмоцию страдания лучше, чем нормально развивающиеся сверстники.

Дети с ЗПР имеют тягу к контакту с детьми более младшего возраста, которые лучше их принимают. А у некоторых детей возникает страх перед детским коллективом и они избегают его. В результате неблагополучия в сфере межличностных отношений у детей создается отрицательное представление о самом себе, зачастую формируется агрессивно-защитный тип поведения.

У детей с ЗПР наблюдается несколько способов разрешения конфликтных ситуаций: агрессия; бегство; репрессия, т.к. ребенок не хочет быть большим и самостоятельным, это приносит ему одни неприятности; отрицание трудностей и неадекватная оценка реальной ситуации.

В ситуации выбора партнера для общения дошкольника с ЗПР наибольшее предпочтение отдают общим положительным качествам, личностным свойствам сверстника, т.е. данный выбор производится без осознанного мотива, которым должен быть интерес к главной совместной деятельности – игре. Дети не владеют адекватными способами сотрудничества, у них оказываются несформированными навыки кооперации, а это необходимые составляющие процесса эффективного общения (Л.В. Кузнецова).

Результаты изучения половозрастной идентификации у детей с ЗПР в сравнении с нормально развивающимися сверстниками (Н.Л. Белопольская) показывают, что дети с более выраженной задержкой не только не хотят двигаться вперед по возрастной линии, но предпочитают быть младенцами, получать все от окружающих без малейших на то усилий.

Все описанное выше еще раз подтверждает важность рассмотрения, в социальном контексте, особенностей психофизического развития детей и восприятия этих особенностей самим ребенком и его значимым окружением.

К подобному значимому окружению, к той среде, к которой на самых ранних этапах развития приходится адаптироваться ребенку относится, прежде всего, семья. Семья

нетипичного ребенка, ее роль в социальном становлении ребенка – столь сложны и многогранны эти вопросы. Что могут стать темой отдельного исследования.

Проблемы семьи не могут быть поняты и решены вне их социокультурного аспекта. Очевидно, что множество социо-экологических переменных, включенных в процесс родительства, являются общими для всех семей. Родители детей со специальными нуждами, помимо переживания событий и ситуаций, свойственных большинству семей, испытывают воздействие ряда других факторов, первый из которых есть тип и форма заболевания как такового. Несложно предположить насколько сильно, в данном случае, отношение к ребенку в семье зависит от его статуса в обществе. Проблемы семей с нетипичными детьми – супружеские конфликты и распад брака, отсутствие расширенной семейной системы и родственной поддержки и ряд других приводит к кризисам семейной жизни и воспитания детей, еще сильнее усугубляют и без того плачевное в социальном плане положение ребенка.

Именно поэтому необходимым является рассмотрение особенностей семейной социализации детей с ЗПР, дабы уточнить важные детали восприятия ребенком атмосферы семейных взаимоотношений и выделить пути возможного их совершенствования.

В процессе обработки данных исследования (М.В. Соколюк) родительского отношения было установлено, что однозначно преобладающий тип отношения в его «чистом виде» встречается в редких случаях. Можно говорить лишь о некоторых тенденциях: симбиотическое отношение со стороны матери сопровождается эмоциональным принятием ребенка, а авторитарная гиперсоциализация – восприятием ребенка как маленького неудачника. Второй тип отношений чаще отмечается в семьях детей с ЗПР, в общих чертах он выражается в приписывании ребенку личностной и социальной несостоятельности, усиливающимися чувствами досады и раздражения. Родитель требуют от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины, навязывая свою волю через гиперограниченный деспотизм. В контексте социализации подобный стиль отношения почти исключает целенаправленный интерес к социальным достижениям ребенка, также как и внимание к его развитию. Результатом жесткого воспитания чаще всего может являться формирование конформных позиций по отношению к авторитарным взрослым, а также попытки компенсации своей несостоятельности усилением агрессии в отношениях со сверстниками.

Более того, имеется прямая взаимосвязь между типом родительского отношения и наличием у детей интеллектуальной недостаточности: наличие у детей отклонений в развитии становится причиной их отвержения родителями. Отвергающий стиль отношения приводит к формированию у ребенка чувства вины в ответ на постоянное раздражение матери. В ситуациях устойчивого отвержения ребенка матерью реализация родительской роли сводится к контролю за учебной и удовлетворению потребностей витально-бытового уровня. Разочарование в собственном ребенке сопровождается чувством стыда, порождает внутреннее его неприятие с присущей ему жестокостью, а значит, и частое применение физических наказаний, как выражение накопившейся досады и усталости, а иногда как стремление воздвигнуть между собой и ребенком заслон страха, чтобы ограничить его претензии на внимание. Все это имеет крайне негативные последствия: ребенок лишается адекватного объекта для идентификации, формируется чувство враждебности, агрессивности, усиливающееся пропорционально степени отвержения.

Значение подобных и ряда других последствий феномена эмоционального отвержения детей с ЗПР матерью для социальной адаптации представляется вполне очевидным. Более того, можно говорить о несомненной генерации и утяжелении этих последствий в семьях, отличающихся не только большой степенью психического недоразвития детей, но и явным неблагополучием атмосферы их семейного воспитания. Подобная разница в социальных условиях, особенно если ребенок не имеет семьи, может стать причиной еще более серьезных изменений, искажений социального развития, обуславливая патологические психологические механизмы становления морального поведения у детей с ЗПР. Социальная

адаптация, связанная с восприятием социальных норм и функционированием в соответствии с ними, у таких детей протекает иначе. Различные условия воспитания дошкольника (детей с ЗПР) приводят к специфике усвоения общепринятых норм. Согласно результатам исследования данного процесса двух групп детей (дети с ЗПР, воспитанных в условиях семьи и дети-сироты с ЗПР), проводимого Е.А. Винниковой и Е.С. Слепович, можно сделать ряд выводов. Дети с ЗПР независимо от условий воспитания прогнозируют свое поведение в адрес абстрактного ребенка как морально положительное. При этом они считают, что абстрактный ребенок будет вести себя морально отрицательно. Дети-сироты с ЗПР в своих моральных суждениях безальтернативнее, чем дети, воспитывающиеся в домашних условиях. У домашних детей понятие о социальных нормах размыто, они чаще прогнозируют компромисс, аморальный вариант, который осознается ими как социальная норма. В свою очередь, дети-сироты с ЗПР легче дифференцируют моральные и аморальные поступки. Дети (обеих групп) полагают, что они будут вести себя нравственно положительно, в то время как большинство их одноклассников – аморально. Анализ результатов исследования показал картину морального поведения, соответствующую второму переходному этапу, так называемому феномену рассогласования вербального и реального поведения. Дети владеют знаниями об элементарных социальных нормах поведения, но в реальном поведении часто нарушают их (а в вербальном – нет). Основной причиной этого являются особенности мотивации детей, которая изменяется при переходе от вербального к реальному плану действий.

Таким образом, моральное поведение дошкольников с ЗПР, кроме того, что оно соответствует более младшему возрасту, характеризуется такими специфическими особенностями, как выраженная зависимость функционирования моральных норм от внешнего контроля, размытость моральных норм, зависимость функционирования моральных норм от условий ситуации, в которой она реализуется (чем свободнее и абстрактнее поведение ребенка, тем в большей степени оно аморально), видение окружающих сверстников как людей, способных в основном на аморальное поведение, становление нравственности в сторону ее прагматичности.

Имеются существенные различия между группами детей с ЗПР, воспитывающихся в разных социальных условиях: более широкий круг социального общения у домашних детей приводит к большей ориентации на взрослого, который ждет от ребенка социально желаемого поведения, а, следовательно, к большему размыванию моральных норм, к формированию прагматического стиля общения. Он формируется у домашних детей быстрее, чем у детей-сирот с ЗПР.

Все это ограничивает возможности успешного вхождения ребенка с ЗПР в общество, искажает процесс социальной адаптации, придавая ему ярко выраженную, порой не поддающуюся коррекции, специфику. Однако, не стоит забывать, что процесс адаптации обоюдоострый: равно как и проблемы детей с ЗПР накладывают свой отпечаток на его ход, так и само общество со своими «проблемами» обуславливает динамику приспособления к социальному окружению ребенка с задержкой в развитии. Именно поэтому проблемы социальной адаптации детей с ЗПР – явление многогранное и трудноразрешимое, требующее тщательной разработки и основательности подхода.

## **6.2. Особенности социальной адаптации детей с задержкой психического развития**

Выявление специфики процесса адаптации детей с ЗПР, причин ее обуславливающих и последствий, ей определяемых, возможно изначально путем анализа литературы по данной теме. Работа с имеющимися по проблеме исследованиями показала, что в большей степени затрагиваются особенности процесса адаптации детей с ЗПР школьного, нежели дошкольного возраста. Подобный выбор обосновывается тем, что именно в период

включения ребенка в школьную жизнь, наиболее отчетливо проявляются все параметры социализации. Однако, подобная точка зрения несовершенна, т.к. в означенный период развития ребенка мы можем видеть функционирование уже сложившихся механизмов социальной адаптации, в то время как наибольшую важность представляет путь формирования этих механизмов, их истоки, первичные условия, которые впоследствии и определяют всю специфику социального становления ребенка. Все это еще раз подтверждает, что факторы социального ряда нельзя рассматривать как фоновые, дабы избежать последствий негативного характера, как в теоретическом, так и в практическом плане.

Специфика социальной адаптации детей с задержанным развитием становится наиболее прозрачна, если рассматривать ее через призму тех особенностей, которые являются неотъемлемыми показателями данного типа дизонтогении. В частности, необходимо говорить об особенностях знаний и представлений таких детей относительно окружающей действительности и их места и роли в ней, о характере их деятельности и о взаимодействии со взрослыми и сверстниками, имеют место и особенности семейной социализации. Более того, уже на уровне личностных характеристик – завышенной самооценке и уровне притязаний – имеются предпосылки для формирования эмоционального дисбаланса и возникновения трудностей в организации поведения и деятельности, в овладении и реализации социального опыта. Известно, что социальная адаптация ребенка в обществе во многом связана с формированием у него социальных норм поведения. Дети с задержкой развития иначе, чем нормально развивающиеся сверстники, воспринимают социальный мир и функционируют в нем: неадекватно, некритично, часто инфантильно. В связи с этим проблема социализации детей с ЗПР приобретает особую актуальность.

Особо следует акцентировать внимание на том, что в процессе адаптации не только ребенок со своими особенностями приспосабливается к среде, но и окружение должно особым образом видоизменяться, модифицироваться в отношении такого ребенка, т.е. встает проблема социального отношения к нетипичности, отношения нормально развивающихся детей и взрослых к детям с проблемами в развитии.

В достаточной мере очевидной становится мысль о том, что практически все негативные особенности детей с ЗПР не являются специфическими и вытекающими из интеллектуального дефекта при задержке психического развития. Они на наш взгляд, скорее носят социальный характер. Это служит подтверждением высказанной Л.С. Выготским мысли о том, что «решает судьбу личности в последнем счете не дефект сам по себе, а его социальные последствия, его социально-психологическая реализация».

Неоспорим тот факт, что наиболее ярко особенности адаптации как процесса реализуются в деятельности, а точнее, в ведущем виде деятельности, воплощаясь в ее характерных чертах. В дошкольном возрасте ведущей является игровая деятельность, а значит именно через рассмотрение некоторых ее особенностей у детей с ЗПР, через призму ее характерных черт, можно выйти на взаимообусловленные показатели процесса социализации и игры.

Как правило, у данной категории детей наблюдается несформированность высших форм игровой деятельности. Соответственно, среди особенностей адаптации выделяется несформированность основных конструктивных форм межличностного взаимодействия, а также недостаточность организации поведения. Сюжет игры либо совсем отсутствует, либо ограничивается бытовым уровнем, способы общения и действия бедны, роль охватывает небольшое игровое общество и на короткий срок. Как в зеркальном отражении те же характеристики присущи и ходу социальной адаптации.

Более того, поведение ребенка во время игры также отличается специфичностью: детям с ЗПР свойственна обособленность во время игры, дети играют на своем

территориальном пространстве, они не пытаются начать с товарищами совместную игру. Применительно к адаптивным особенностям мы, в данном случае, говорим о предпочтении дистанционных отношений и отсутствии четкой мотивационной обусловленности в установлении социальных контактов.

Возвращаясь к проблеме взаимоотношений детей в процессе игры, необходимо подчеркнуть важность формирования коллективистического характера мотивов, которыми должна быть ориентирована их совместная деятельность, ибо авторитарный характер отношений уже изначально обусловлен разной степенью выраженности интеллектуального дефекта, а, следовательно, и разным уровнем сформированности всех сторон игровой деятельности у детей этой категории. В социальном плане эта особенность находит свое отражение в яркой выраженности стремления к лидерству у детей с ЗПР, но при этом отсутствием такового, либо по причине корригирующего воздействия, либо из-за неумения выбора конструктивных форм взаимодействия и преобладания игры и общения рядом, но не вместе.

У всех детей с ЗПР различной степени выраженности вычленяются особенности мотивационно-целевой основы игровой деятельности. Это проявляется в первую очередь в резком снижении активности в области игрового поведения. А, значит, низкий уровень активности в плане установления социальных контактов и отсутствие избирательности во взаимодействии.

Если нормально развивающимся дошкольникам уже на самых начальных этапах становления игры чрезвычайно важно, чтобы в их игре присутствовали воображаемая ситуация и роль, то дети с ЗПР затрудняются в осознании воображаемой ситуации и взятой на себя роли. Обозначить игровую ситуацию, соединить название роли с системой действий, необходимых для ее реализации, на первых порах должен взрослый. Без его помощи дети с ЗПР склонны условный план игры сводить к реальному плану предметной деятельности. То же самое можно отнести и не только к игровой ситуации и игровой роли, но и к ситуации реального социального взаимодействия и реальной социальной роли.

Наблюдаются и особенности операциональной стороны игровой деятельности. Это, в первую очередь, недостаточность внешних действий замещения. В области предметного мира замещение носит узкий, конкретный недостаточно произвольный характер. Дети с ЗПР часто за конкретным предметом закрепляют конкретный заместитель. Та же тенденция отмечается при овладении ролью. Роль, один раз сыгранная ребенком, как бы закрепляется за ним, исполняется постоянно. Та же узость и фиксированность характерна для исполнения ребенком его социальных ролей. Вероятно, поэтому почти не встречаются конфликты по поводу распределения ролей. Дети реализовывают их строго фиксированными способами, не углубляя и не развивая. Своеобразны взаимодействия между двумя составляющими сюжетной игры – предметно-практической и социальной, которые связаны с трудностями в вычленении и осознании области межличностных отношений. В сочетании с недостаточностью процесса интеризации умственных действий это приводит к застреванию на том уровне сюжетной игры, содержанием которой являются предметные действия и трудностям в переходе к сюжетным играм, основное содержание которых – отношения между людьми.

При этом мир отношений моделируется крайне поверхностно, примитивно, а зачастую просто неадекватно. Игровые правила в основном распространяются на моделируемый предметно-практический мир, а не на мир социальных отношений. Вероятно, внешняя логика реальных действий значительно больше доступна дошкольникам с ЗПР, чем логика социальных отношений, что обусловлено недостаточностью общения по линиям взрослый – ребенок, ребенок – ребенок, и как одно из следствий этого, трудности в выделении, осмыслении, моделировании мира человеческих отношений.

Именно таким образом, через рассмотрение особенностей игры и их проецирование на ход социальной адаптации, возможно наиболее полное и адекватное выделение специфики вхождения ребенка с ЗПР в общество. Построение подобных параллелей между игрой и социумом вполне оправдано, т.к. исключительно через игру ребенок овладевает социальными нормами, ролями и отношениями, а потому процесс игры и процесс социальной адаптации есть две стороны одной медали, находящиеся в ситуации взаимопроникновения и взаимообуславливания; они есть одновременно и причина, и следствие друг друга.

### Контрольный тест к 6 разделу

#### 1. Социальная адаптация – это...

А) объединение аномального ребенка с нормальными детьми в процессе воспитания и обучения;

Б) процесс восстановления функций организма и психологических систем аномального ребенка в пределах его психофизиологических возможностей;

В) процесс приспособления индивида к изменяющимся условиям окружающей среды;

Г) преодоление проблемных и конфликтных ситуаций.

#### 2. В школах какого вида могут обучаться дети с ЗПР?

А) в массовой общеобразовательной школе;

Б) специальной (коррекционной) школе VII вида;

В) специальной (коррекционной) школе VIII вида;

Г) указанное в пунктах (а) и (б).

3. Какая группа детей с ЗПР обучается только в специальной (коррекционной) школе VII вида:

А) группа детей с ЗПР конституционального генеза;

Б) группа детей с ЗПР соматогенного генеза;

В) группа детей с ЗПР психогенного генеза;

Г) группа детей с ЗПР церебрально-органического генеза.

#### 4. Термин депривация означает...

А) лишение;

Б) искажение;

В) дефект органа;

Г) замедление темпа.

5. Принятие задания, способы выполнения задания, обучаемость в процессе обследования, отношение к результатам деятельности – это критерии изучения...

А) познавательной сферы;

Б) эмоционально-волевой сферы;

В) двигательной сферы;

Г) взаимодействия со взрослыми.

#### 6. Интеграция детей с нарушениями развития существует в двух основных формах:

А) социальная;

Б) педагогическая;

В) юридическая;

Г) экономическая.

7. Система мероприятий, направленных на формирование эффективных способов социальной адаптации в возможных для данного индивида пределах, называется:

А) коррекция;

Б) компенсация;

В) абилитация;

Г) реабилитация.

8. К условиям нормального психического развития относят:

А) сохранность анализаторных систем;

Б) сохранность структур и функций ЦНС;

В) физическое здоровье;

Г) процесс формирования понятий.

9. Задержка психического развития соматогенного генеза по К.С. Лебединской обусловлена:

А) психической травмой;

Б) хроническим заболеванием;

В) неправильными условиями воспитания;

Г) органическим поражением головного мозга.

10. Психологическая помощь детям с задержкой психического развития может включать в себя:

А) рекомендации по проблемам воспитания и обучения ребенка;

Б) рекомендации по проблемам профессиональной ориентации;

В) определение готовности больного ребенка к школьному обучению и выявление причин трудностей в обучении;

Г) специальные психокоррекционные и психотерапевтические воздействия и пр.

Д) все ответы верны

11. В систему психологической помощи детям с ЗПР входят следующие элементы:

А) психологическое консультирование;

Б) материальная помощь;

В) психологическое сопровождение;

Г) пожизненное обеспечение;

Д) психологическая коррекция;

Е) психологическое сопровождение.

## **7. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ**

### **7.1. Принципы отношения к воспитанию детей с отклонениями в развитии**

Выготский Л.С. считал, что по отношению к детям с нарушениями в развитии «задача состоит в том, чтобы связать воспитание дефективного ребенка с общими принципами и

методами социального воспитания. Для этого обучение и воспитание дефективных детей должно стать социальным воспитанием, т.е. выпрямлять социальные вывихи ребенка, связанные со смещением тех систем, которые определяют все функции общественного поведения ребенка и их социальные последствия; найти пути налаживания социальных связей с жизнью и создать условия для компенсации дефекта».

Когда речь идет о детях с нарушениями в развитии, говорят о специальной лечебной педагогике. Между тем ясно, что незрячий или неслышащий ребенок – ребенок в первую очередь, и только во вторую – ребенок особенный. Важно, чтобы взрослые ориентировались на *индивидуальность ребенка как на принцип*, иначе в результате получается нечто, в корне противоположное основам социального воспитания.

Всякое воспитание сводится, в конечном счете, к *установлению новых форм поведения*, к формированию условных реакций.

К ребенку с отклонениями в развитии, с точки зрения воспитания, необходимо подходить с той же мерой, что и к нормальному. По существу, нет разницы в психологической организации личности аномального и нормального ребенка. В воспитательном воздействии первостепенным является вопрос формирования потребностей. Например, если устная речь является условием существования неслышащих детей, то они вполне овладевают этой речью. Если же потребности в устной речи нет, то дети возвращаются к жестовой речи.

Воспитание должно быть ориентировано на социальную полноценность, необходимо считать ее реальной и определяющей точкой. Традиционное же воспитание детей с нарушениями развития, по словам Л.С. Выготского, «расслаблено тенденциями жалости, отравлено ядом болезненности. Нужно не обкладывать подушками больное место, а открыть преодолению, компенсации широкий путь. Следует помнить, что судьбу личности, в конечном счете, решает не дефект, а его социальные последствия».

Как правило, к ребенку с дефектом относятся, прежде всего, как к особенному ребенку. К нему возникает исключительное, не такое, как к другим детям, отношение. Именно эти повышенные дозы внимания являются тяжелым грузом для ребенка, препятствием, отделяющим его от остальных детей. Уже подчеркивалось отсутствие принципиальных отличий между нормальными и аномальными детьми: они – дети, их развитие идет по одним и тем же законам; разница заключается лишь в способе развития.

«Детская ненормальность» составляет в подавляющем большинстве случаев продукт ненормальных общественных условий. Ошибка взрослых заключается в том, что в детях видят только дефект, забывая, что в них есть еще нормальная психическая жизнь, которая в силу особых условий получает такой вид, который не встречается у нормальных детей.

Рассуждая о причинах такого явления, Л.С. Выготский приводит в качестве примера жизнь ребенка с нарушенным зрением. «Слепота есть нормальное, а не болезненное состояние для слепого ребенка и ощущается им лишь опосредовано, как отраженный на него самый результат его социального опыта. Причитания и вздохи сопровождают слепого ребенка в течение всей его жизни. Таким образом, медленно, но верно совершается разрушительная работа. Вот почему правильно обращаться со слепым ребенком так же, как если бы он был зрячим: в том же возрасте учить ходить, обслуживать себя, никогда в его присутствии не выражать жалости из-за его слепоты. Тогда и только тогда слепота будет переживаться им самим, как ряд легких неудобств».

В отношении к детям с отклонениями в развитии необходимо понимание того, что психика – функция социальная. Важно научить читать, а не просто знать буквы, научить понимать состояние людей, а не просто смотреть на них.

Итак, основным принципом отношения к детям с особыми потребностями в обучении является отношение к ним как к нормальным детям, т.к. они нуждаются в том же воспитании, что и обычные дети.

## 7.2. Психологическое консультирование родителей и детей

Современная семья представляет собой сложную по структуре и достаточно устойчивую систему, которая создает специфическую атмосферу жизнедеятельности людей, формирует нормы взаимоотношений и поведения растущего человека. Конструируя определенный социально-психологический климат жизни ребенка, в том числе с ограниченными возможностями, семья во многом определяет развитие его личности в настоящем и будущем. Как фактор социализации семья занимает значительно более высокий ранг, чем школа или другие институты формирования личности.

Согласно исследованиям семейной системы с нетипичным ребенком, среди **функций семьи** рассматривается не только экономическая, ведение хозяйства и забота о здоровье, но и рекреационная (например хобби и другие мероприятия, как семейные, так и индивидуальные), социализирующая – развитие социокультурных навыков и межличностных взаимосвязей, самоидентификации (например признание сильных качеств и слабостей, формирование чувства принадлежности), аффективная (например развитие интимности и способности к воспитанию), образовательно-профессиональная (например приготовление домашних заданий, осуществление выбора профессии и карьеры), но и специфические, реализуемые семьей по отношению к ребенку с проблемами в ментальной сфере.

К традиционному блоку функций добавляются следующие:

– **абилитационно-реабилитационная** – восстановление психофизического и социального статуса нетипичного ребенка, включение его в социальную среду, приобщение к нормальной жизни и труду в пределах его возможностей;

– **корректирующая** – исправление, ослабление или сглаживание недостатков психофизического развития детей с ограниченными возможностями;

– **компенсирующая** – замещение, перестройка нарушенных функций организма, его приспособление к негативным условиям жизнедеятельности и попытка заменить пораженные, вышедшие из строя или непродуктивно работающие структуры относительно сохранными, компенсаторными механизмами.

Реализация данных функций может носить явный или латентный характер. Главная задача семьи с нетипичным ребенком является предупреждение конструирования у такого ребенка образа «Я», как «больного» человека, субъекта с ограниченными возможностями, со строго социально заданным кругом притязаний. Необходимо препятствовать формированию у ребенка представлений о границах своих возможностей, в противном случае, существует риск появления у него нежелательных поведенческих реакций.

Однако снижение роли семьи и в ряде случаев объективная невозможность выполнения ею своих функций – неоспоримый факт. В современных условиях семья не готова взять на себя всю нагрузку по развитию и воспитанию детей.

Появление в семье ребенка с какими-либо отклонениями в развитии всегда связано с тяжелыми эмоциональными переживаниями родителей и близких родственников. Для того чтобы помочь такой семье, прежде всего необходимо дать родителям полную информацию об особенностях их ребенка: указать его специфические положительные и отрицательные особенности, сильные и слабые стороны. Лучше всего информацию такого рода получать у специалистов, регулярно наблюдающих за ребенком.

Наиболее часто время первичного обращения родителей к специалистам совпадает со вступлением ребенка в старший дошкольный возраст.

Старший дошкольный возраст является как бы рубежом между дошкольным периодом и началом обучения в школе. В это время родители начинают более внимательно присматриваться к своим детям, пытаются оценить их способности, трудолюбие, готовность к обучению. Требования к детям в этом возрастном периоде обычно резко повышают. Родители порой неумело пытаются научить детей писать, читать, считать. Столкнувшись с первыми трудностями, они не всегда правильно на них реагируют и оценивают их.

Родители тех детей, которые посещали специализированные детские сады, надеются на полную или частичную реабилитацию дефектов развития и нуждаются в квалифицированной оценке степени компенсации дефекта у ребенка и помощи в решении вопроса о типе школы. Нередко в этот период в семьях возникают конфликтные ситуации, вытекающие либо из непонимания одним или обоими родителями возможностей ребенка, либо из-за неприятия решения специалистов. Все это побуждает родителей стремиться получить всестороннюю консультацию и объективную оценку как способностям и возможностям ребенка, так и собственным воспитательским позициям.

В настоящее время разработана следующая **схема консультирования**:

анализ жалоб родителей и внутрисемейной ситуации;

комплексное медико-психолого-педагогическое исследование ребенка для постановки диагноза и установления психологической структуры дефекта;

психолого-педагогическое консультирование всех членов семьи.

Анализируя жалобы, консультант помогает родителям точнее их сформулировать, а затем соотносит их с возрастом ребенка и реальным положением в семье: воспитывается ли он дома или посещает детский сад; состав семьи, ее культурный и социальный уровень, наличие дополнительных занятий и т.д. Важно установить, кто уделяет ребенку больше внимания, кого в семье ребенок предпочитает и кому лучше подчиняется, единодушны ли родители в вопросах воспитания.

Комплексное медико-психолого-педагогическое исследование позволяет достаточно точно установить диагноз. Психологом при этом учитываются уровень интеллектуального развития ребенка, состояние сенсорных и моторных функций, уровень знаний и навыков, особенности и личности, и деятельности. На основании обследования определяется психологическая структура дефекта, а это необходимо, чтобы дать родителям рекомендации в плане обучения и воспитания ребенка.

Особенно трудно бывает родителям, когда, кроме отклонений в психическом или физическом развитии, наблюдаются внешние дефекты. В таких семьях, как правило, возникают **нарушения внутрисемейных отношений**, в частности отношений родителей и детей.

Искажение поведения родителей (как правило, неосознаваемое) приводит к следующему:

нарушается взаимодействие с социумом (родственники и знакомые, врачи, дефектологи, учителя). При этом наблюдается замыкание в своей семье, неадекватные реакции на врачебные и педагогические рекомендации, конфронтация с детскими образовательными учреждениями;

нарушаются внутрисемейные отношения, в особенности супружеские. Как правило, в этом случае наблюдается резкое искажение позиции отца, который тяжелее, чем мать, переживает, что его ребенок болен и что он, как и другие здоровые члены семьи, оказывается в положении «заброшенного». В крайних случаях это приводит к распаду семьи;

нарушается дальнейшее репродуктивное поведение (характерное для данного типа семей). Это означает, что в случае небольшого риска рождения ребенка с той же патологией супруги принимают решение (в дальнейшем строго его придерживаются) не иметь больше детей, а в случае большого риска, наоборот, горячо желают иметь последующих детей;

складываются неверные представления о больном ребенке, возможностях его лечения и воспитания. Очень часто в семье не признается необратимость диагноза и соответственно вытекающих отсюда последствий. Даже в случае декларируемого понимания родители продолжают тратить огромные силы и средства на так называемое «хождение по кругу врачей» в надежде, что диагноз не подтвердится либо в крайнем случае найдутся лекарства, которые помогут лечить ребенка.

Подобные нарушения являются средствами психологической защиты от фрустрирующей ситуации, в которой оказывается семья. Практика консультирования показывает, что эти нарушения возникают не только при тяжелых умственных или физических нарушениях, но и в случаях более легких дефектов. Степень дезадаптации семьи зависит не только от степени тяжести заболевания, но и от ценностных ориентаций родителей, от их отношения к болезни и ее предполагаемым последствиям.

Особенно явно дезадаптация семьи обнаруживается в период консультирования ребенка в медико-генетической или психолого-педагогической консультации. Часто оба вида консультирования приходится вести одновременно.

В ходе консультирования родители узнают точный диагноз, получают информацию о характере наследственного поражения ребенка и риске его повторения в данной семье, им рассказывают об особенностях домашнего обучения и развития ребенка.

На эффективность консультирования оказывает влияние множество факторов как объективных (уровень развития психодиагностики и медицинской генетики в целом, подготовленность специалистов-консультантов), так и субъективных. К последним можно отнести личные и интеллектуальные особенности консультируемых; структуру межличностных отношений в семье, включая половые; предубеждения и ожидания, с которыми люди приходят на консультацию, эмоциональное состояние родителей в этот момент.

Тяжелое эмоциональное состояние, доходящее иногда до ступора, не позволяет родителям правильно понять и осознать информацию. В связи с этим перед консультантом возникает задача правильно оценить состояние родителей (а иногда и других родственников) и провести соответствующие коррекционные мероприятия.

**Целью психологического консультирования** членов семьи является оптимизация внутрисемейных отношений через принятие родителями адекватных ролевых позиций по отношению к ребенку и друг к другу, обучение родителей навыкам вхождения в контакт с ребенком и воспитание его в соответствии с общественными нормами поведения. В ходе консультирования нередко приходится преодолевать неправильные установки и заблуждения родителей. Особенно часты ошибки родителей при воспитании ребенка с отклонениями в развитии. Одной из наиболее постоянных ошибок воспитания является снижение требований к ребенку, закрепление за ним положения больного.

Наблюдения показали, что в то время как снижение требований в отношении уровня умственного развития аномального ребенка и результатов его обучения оправдано, оно должно быть минимальным в воспитательном отношении. Ребенку, отстающему в развитии, в равной степени, как и нормально развивающемуся, должны вовремя прививаться навыки опрятности, самообслуживания, а в дальнейшем и посильный труд в семье, забота о близких. В подавляющем большинстве случаев можно видеть обратное явление. Родители начинают преждевременно обучать ребенка чтению, письму, счету, организуют дополнительные занятия с педагогами, стремятся дать ребенку такое количество информации, которые он не

может охватить. Все усилия родителей направлены для обучения и устройства ребенка в школу, а формированию навыков поведения уделяется значительно меньше внимания. Поэтому нередко приходится наблюдать детей, знающих буквы, но не обладающих элементарными навыками самообслуживания. Родители излишне опекают их, стремятся устранить даже мельчайшие трудности в их повседневной жизни, ни на шаг не отпускают от себя. Это создает напряженную атмосферу в семье, конфликтные ситуации между родителями и другими детьми.

Часто в семьях, где кроме ребенка с отклонением в развитии есть полноценные дети, складываются неправильные отношения в целом. Полноценному ребенку в таких семьях уделяют мало внимания, от него требуют, чтобы он во всем уступал «больному», всячески опекал его, не реагировал и не жаловался на неправильные поступки последнего. Все это отражается на формировании характера полноценного ребенка, а иногда приводит у него к нервному срыву. Правильная оценка родителями семейной ситуации, адекватное воспитание аномального ребенка, регулярное консультирование со специалистами помогают установлению оптимального климата в семье.

*Психологическое консультирование семьи*, имеющей ребенка с отклонениями в развитии, базируется на следующих принципах:

Соблюдение интересов консультируемого ребенка. Этот принцип проводится во всех случаях, кроме резко выраженной патологии, когда под угрозой находится здоровье других членов семьи (прежде всего детей). Под соблюдением интересов ребенка понимается определение и доведение до сведения членов семьи адекватных условий для его обучения, воспитания и лечения как в школе, так и дома. Правильная постановка диагноза – необходимое, но недостаточное условие для этого. В настоящее время в нашей стране создана большая сеть специальных дошкольных учреждений и школ, в которых аномальные дети обучаются в оптимальных условиях и по соответствующим их возможностям программам. Родителям необходимо разъяснить возможность и важность адекватного обучения ребенка, так как подчас лишь неправильное понимание родителями его возможностей мешает помещению его в соответствующее детское учреждение.

Щадящая форма сообщения диагноза, поставленного ребенку. В беседе с родителями следует стремиться не только раскрыть психологическую структуру дефекта ребенка, но и указать его положительные качества. Лучше не просто сообщать родителям диагноз и решение специалистов, а доступным языком рассказать об особенностях их ребенка, объяснить, как нужно с ним заниматься и на что следует обратить внимание. При этом всегда учитываются условия жизни каждой семьи, ее состав и культурный уровень, количество детей, для того чтобы советы не оказались для семьи трудновыполнимыми и у родителей не возникало чувство вины перед ребенком и собственной беспомощности.

Коллективное консультирование семьи, которому предшествует индивидуальное консультирование ее членов с соблюдением тайны индивидуального консультирования. Нередки случаи, когда родители расходятся в вопросах обучения и воспитания своего ребенка и хотят побеседовать с консультантом наедине, чтобы проверить правильность своих позиций или объяснить какие-либо стороны семейной жизни. Психолог анализирует семейную ситуацию, исходя из интересов ребенка, и дает объективную оценку его возможностей. Он консультирует родителей и других родственников индивидуально, соблюдая тайну консультирования, чтобы не внести в семью новых травмирующих моментов. Индивидуальное консультирование помогает затем правильно построить коллективное консультирование семьи, в котором, кроме родителей, участвуют и другие родственники. Те конфликты между родителями, которые непосредственно не касаются ребенка, не входят в задачи консультирования, о чем сообщается родителям. С помощью коллективного консультирования достигается выработка (под руководством психолога) оптимальных внутрисемейных позиций.

Эффективным методом коллективного консультирования является проведение коррекционных психолого-педагогических занятий с ребенком в присутствии родителей. Наблюдение родителей за занятиями своего ребенка со специалистом, за процессом усвоения ребенком определенных правил поведения, знаний и навыков помогает им лучше понять его, оценить адекватность требований и занять более правильную воспитательную позицию. Кроме того, можно использовать метод анализа поведения детей и родителей при совместном выполнении ими домашних заданий. По мере того, как родители усваивают некоторые приемы и методы работы с ребенком, налаживается контакт между родителями и детьми, наступает большее взаимопонимание между всеми членами семьи.

Таким образом, правильное воспитание аномального ребенка в семье оказывает благотворное влияние не только на него, но и на психологический климат всей семьи.

### **7.3. Система служб и принципы психолого-педагогической помощи детям**

Систему служб, существующих сегодня в области практической психологии, можно назвать достаточно развитой. Постановлением Правительства Российской Федерации № 867 от 31 июля 1998 года утверждено Типовое положение об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Этот документ описывает деятельность широкого круга учреждений. Он адресован центрам диагностики и консультирования, центрам психолого-педагогической и медико-социальной помощи, психолого-педагогического и медико-социального сопровождения, психолого-педагогической реабилитации и коррекции, социально-трудовой адаптации, профориентации, лечебной педагогики, дифференцированного обучения и другим. В этом перечне все виды деятельности и все виды поддержки, которые оказываются сегодня детям в самых разных образовательных учреждениях.

Определены три основные задачи деятельности этих центров. На первом месте – оказание помощи детям, испытывающим трудности в освоении образовательных программ; на втором месте – осуществление индивидуально-ориентированной психологической, педагогической, социальной, медицинской, юридической помощи в развитии детей; и на третьем месте – оказание образовательными учреждениями помощи в создании условий, наиболее способствующих развитию ребенка.

В качестве основных направлений работы этих служб выделены: организация образовательной деятельности, связанной с поддержкой образовательных программ, диагностика, организация коррекционно-развивающих программ, коррекционная политика и деятельность, информационная политика и деятельность, анонимное консультирование и т.д.

Какие же виды учреждений сегодня работают на оказание помощи особому ребенку, его семье и педагогам?

Во-первых, это медико-социальные центры сопровождения детей.

Вторая разновидность – центры, которые заняты только диагностикой. К ним можно отнести психолого-педагогические, медико-социальные консультации и комиссии, которые определяют направление и сферу обучения ребенка в системе специального образования.

Третий вид центров, которые активно работают, – коррекционные службы. Они представлены логопедическими центрами и пунктами, а также учреждениями, которые осуществляют дополнительные коррекционные программы.

Четвертый вид – службы так называемого раннего, или домашнего, сопровождения, в которых специалисты в области здравоохранения, социальной помощи и образования работают с ребенком с первого дня жизни, психологи оказывают поддержку родителям и семье в целом.

Есть службы, сочетающие в себе и психолого-педагогический центр, и медико-социальный центр, и образовательное учреждение. Именно эти службы получают сегодня активную поддержку государства, так как берут на себя задачу создать для нетипичного ребенка промежуточные, индивидуально ориентированные программы и помочь ему интегрироваться в нормальную среду.

Необходимо назвать и центры, которые специализируются не столько на поддержке детей, сколько на поддержке учителя. В стрессовой ситуации современности наиболее востребованными оказываются психологические программы, которые ориентируют учителя на смену мироощущения, на помощь в самоопределении и принятии любого ребенка.

Сегодня складывается ситуация, когда центры возникают внутри образовательного учреждения как его структурный компонент (например, школьная социально-психологическая служба, в штате которой работают психолог, дефектолог, социальный педагог), а также в муниципальных образованиях (городах, районах) и, помимо собственно функции сопровождения детей, работают по договору с образовательными учреждениями, решая задачу проектирования образовательной среды.

Необходимым дополнением к приведенным классификациям является их деление на государственные и негосударственные. Развитие системы, по всей видимости, будет происходить за счет негосударственных центров помощи детям, которые не следует воспринимать только как коммерческие структуры, ведь возникнуть такая структура может только в ответ на возникшую общественную потребность. Государство поддерживает такие учреждения, потому что они выполняют важную задачу оказания психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

Какой сегодня должна быть психолого-педагогическая и медико-социальная помощь детям с особыми нуждами, чтобы отвечать потребностям общества?

Первое и самое важное положение – должен быть обеспечен комплексный интегративный подход, объединение специалистов и структур.

Второе положение связано с необходимостью сопровождать, а не направлять развитие, так как только та помощь, которая актуализирует личностную потребность ученика, его личностную силу, его личностный выбор может вести к развитию, а не та, в которой наши усилия, наша энергия, наше влияние помогают ему стать выше.

Третье положение. Любая помощь – это в обязательном порядке помощь, в которой объединены ребенок, школа, семья и специалисты центра помощи. Только та помощь окажется полезной, целесообразной, в которой реально объединены усилия всех, окружающих ребенка.

Четвертое положение продиктовано необходимостью участия современных центров и служб в процессах социально-педагогического проектирования. Если мы понимаем, что детям нужны какие-то дополнительные услуги – коррекционные школы, приюты, программы индивидуального обучения и т.д., должны взять на себя инициативу в создании такой услуги и программы.

Последнее положение – последнее по порядку, но не по значимости – связано с обязанностью всех, причастных к судьбам детей, серьезно изучать и пытаться понять детскую субкультуру: чем живут наши дети, каковы их ценности, что представляется им значимым в мире, как они принимают этот мир. Важно понимать, что взрослый, являясь посредником между ребенком и принадлежащими человечеству социокультурными ценностями, выполняя свою посредническую роль, часто занимает позицию ведущего, организующего, обучающего и относится к ребенку как к объекту воздействия, а не как субъекту отношений. Реальная субъектность детей требует построения субъект – субъектных отношений; действия по отношению к ребенку должны быть заменены взаимодействием растущих и взрослых людей.

Таким образом, в современном обществе создана и активно развивается система психолого-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии.

#### **7.4. Модель специальной психологической помощи детям с задержкой психического развития на этапах раннего онтогенеза**

##### **7.4.1. Основные направления психологической помощи детям с проблемами в развитии**

В настоящее время вопросы психологической помощи детям и подросткам с нарушениями в развитии разработаны далеко недостаточно. На практике различные психотехнические приемы нередко используются психологами и педагогами без учета формы заболевания, уровня развития познавательных процессов и особенностей эмоционально-волевой сферы ребенка.

Между тем отсутствие четко разработанных дифференцированных методов и направлений психологической помощи и неадекватный подбор психотехнических приемов могут отрицательно отразиться на дальнейшем психическом развитии ребенка, создать существенные трудности в работе с ним педагогов и родителей.

Многолетний опыт работы показывает, что правильно подобранные методы психологической помощи с учетом индивидуально-психологических особенностей детей и подростков с проблемами в развитии оказывают положительное влияние на динамику их умственного и личностного развития.

Рассмотрим психологическую помощь детям с задержкой психического развития, как сложную систему клинико-психолого-педагогических воздействий, включающих в себя как общие, так и частные задачи.

**К общим задачам** относятся:

- развитие гностических процессов ребенка с ЗПР, которые соответствуют его физическим и психическим возможностям;
- укрепление социальной позиции личности ребенка с ЗПР в коллективе сверстников и в семье;
- формирование адекватной самооценки, самостоятельности и активности у детей с ЗПР.

Большое значение имеет также решение **частных задач**:

- устранение вторичных личностных реакций на имеющийся дефект;
- диагностика и коррекция стиля семейного воспитания;
- предотвращение развития госпитализма или его последствий и пр.

Существующие сегодня в мировой практике виды психологической помощи детям и подросткам чрезвычайно разнообразны. В первую очередь они различаются по характеру решаемых задач специалистами, работающими с детьми и подростками, – педагогами-дефектологами социальными работниками, врачами и пр. Эти различия формируют ту или иную модель психологической помощи. Каждая из таких моделей втирается на собственную теоретическую базу и предопределяет выбор используемых методов работы.

По своему характеру *психологическая помощь детям с задержкой психического*

*развития* может включать в себя:

- рекомендации по проблемам воспитания и обучения ребенка;
- рекомендации по проблемам профессиональной ориентации;
- определение готовности больного ребенка к школьному обучению и выявление причин трудностей в обучении;
- специальные психокоррекционные и психотерапевтические воздействия и пр.

Все указанные виды помощи являются психологическими в том плане, что они нацелены на проблемы, вызванные психологическими причинами, и основаны на психологическом воздействии. Так, например, помощь в устройстве ребенка с задержкой психического развития в специальный класс, на первый взгляд, не содержит в себе ничего психологического, а относится скорее к сфере медицины и специальной педагогики. Однако это далеко не так по следующим причинам.

*Во-первых*, определение степени интеллектуального развития ребенка основано на психологических знаниях и требует использования психологических методов диагностики.

*Во-вторых*, как правило, объектом помощи оказываются также и родители, которые могут остро переживать отставание в умственном развитии своего ребенка, завышать или занижать его интеллектуальные возможности

**Психологическую помощь** далеко не всегда оказывают сами психологи. Среди специалистов, деятельность которых связана с оказанием такой помощи, могут быть врачи-психиатры, психотерапевты, психоневрологи, педагоги, социальные работники. В связи с этим можно выделить несколько форм помощи детям с задержкой психического развития, где требуются знания психологии ребенка.

**Педагогическая помощь** включает в себя оказание помощи родителям в воспитании детей с ЗПР. Педагог анализирует вместе с родителями сложившуюся ситуацию и вырабатывает программу мер, направленных на ее изменение, разрабатывает педагогические коррекционные программы.

**Диагностическая помощь.** Как правило, объектом диагностики оказываются дети или подростки с трудностями в учебе, с отклонениями в поведении. Причем сам процесс диагностики является комплексным и предполагает участие группы специалистов – клинициста, педагога, психолога, – особенно в медико-психолого-педагогических комиссиях, где рассматривается вопрос о дальнейшем обучении ребенка.

**Социальная помощь**, которую оказывают социальные педагоги и социальные работники.

**Медицинская и реабилитационная помощь** предполагает усилия специалистов, направленные на лечение и медицинскую реабилитацию детей с задержкой психического развития. Например, она составляет основное содержание деятельности врачей-психоневрологов, специалистов по лечебной физкультуре, массажу, физиотерапии и др.

**Логопедическая помощь** направлена на развитие речи детей с задержкой психического развития.

**Собственно психологическая помощь**, опираясь на закономерности психического развития ребенка, содержит в себе анализ особенностей формирования познавательных процессов и личности ребенка и разработку адекватных методов многостороннего психологического воздействия.

Психологическая помощь детям и подросткам с задержкой в психическом развитии существенно отличается от помощи здоровым детям и взрослым, как по целевой направленности, так и по организации и динамике процесса.

В процессе психологической помощи детям с ЗПР необходимо учитывать сложную специфику их развития, характер сочетания биологических и социальных факторов развития

в структуре их состояния, особенности социальной ситуации развития, степень выраженности изменений личности в связи с имеющимися проблемами, особенности межличностного общения в семье и в социуме.

Психологическую помощь можно рассматривать двупланово: в широком и в узком смысле этого понятия.

*В широком смысле* психологическая помощь является системой психологических воздействий, нацеленных на исправление имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств.

*В узком смысле* психологическая помощь — это один из способов психологического воздействия, направленный на гармонизацию развития личности ребенка, его социальной активности, адаптации, формирование адекватных межличностных отношений.

В систему психологической помощи входят четыре элемента:

- 1) психологическое консультирование;
- 2) психологическая коррекция;
- 3) психологическое сопровождение;
- 4) психологическая поддержка.

#### ***7.4.2. Теоретические принципы организации диагностической работы с детьми с ЗПР***

##### Принцип комплексного изучения ребенка

Данный принцип находит свое выражение в многоаспектном исследовании ребенка как при комплектовании детской группы, так и контрольном его изучении.

На протяжении учебного года обычно планируется три основных этапа комплексного обследования детей. Результаты *первого этапа* (при комплектовании группы) позволяют судить не только о состоянии здоровья детей, особенностях и возможностях формирования обучаемости в процессе обычных для дошкольного учреждения видов деятельности, но и в определенной степени о времени возникновения ЗПР, причинах, обусловивших ее возникновение, роли микросоциальных и микропедагогических условий в этом процессе, нарушении нейрофизиологической организации психики. На основе учета характера взаимосвязи биологических, социально-психолого-педагогических факторов устанавливается вариант (тип) отставания ребенка в развитии, определяется степень его тяжести. При этом учитывается, в какой мере проявились (на момент изучения) причины социально-психологического и социально-педагогического характера, которые усугубили отставание ребенка в развитии: дефицит общения с окружающими взрослыми; депривация детско-родительских отношений и прежде всего эмоциональных контактов; дефицит полноценной, соответствующей возрасту деятельности; дефицит профессионально-психологической компетентности взрослых; травмирующий психику ребенка микросоциум и др.

Цель *второго* диагностического *этапа* (обследование проводится в середине учебного года) – уточнение и дополнение ранее полученных сведений о детях и наблюдение за их продвижением по всем направлениям комплексного изучения.

Цель *третьего* *этапа* (осуществляется перед выпуском детей в школу) – изучение посредством психолого-диагностических методик компенсации дефектов психического развития у каждого ребенка и сбор конкретных сведений о коррекции ущербных особенностей развития детей.

Длительность процесса изучения детей на протяжении всего срока пребывания в

диагностико-коррекционной группе обуславливает динамический характер работы, позволяя уточнять и дополнять полученные данные о них, проследить продвижение по всем параметрам комплексного изучения, скорректировать общие и индивидуальные программы педагогической работы.

#### Принцип системного изучения психического развития ребенка

Этот принцип основан на представлении о системном строении психики и предполагает анализ результатов психической деятельности ребенка в определенной логике. Целостное изучение личности ребенка в ее взаимодействии с окружающей средой должно основываться на длительном наблюдении его в процессе воспитания, на педагогическом эксперименте, на изучении продуктов творчества, игры и всех сторон поведения ребенка.

#### Принцип дифференциально-диагностической направленности изучения детей

Данный принцип важен для дифференциации нижних границ нормы, задержки психического развития и олигофрении. Этот принцип позволяет проследить не только актуальный уровень развития умений детей, но и их «зону ближайшего развития», даёт возможность разграничить в определённой мере норму и патологию и даже выявить степень патологии развития.

### ***7.4.3. Теоретические принципы и организация коррекционно-педагогической работы с детьми ЗПР***

#### *Общие принципы организации коррекционной работы с детьми с ЗПР в специальных дошкольных (диагностико-коррекционных) группах*

##### **1. Забота об охране и укреплении здоровья детей.**

Для этого режим жизни детей должен быть щадящим, строго дозирующим нагрузку на их нервную систему: небольшое количество детей, квалифицированный педагог создают спокойный, доброжелательный стиль общения с ними и между ними; прогулки на свежем воздухе более продолжительны, чем обычно методика их проведения тщательно продумывается; значительное место отводится занятиям физической культурой, ритмикой; дневной отдых продолжительнее, чем обычно, и организуется так, чтобы обеспечить сон каждого ребенка; учебные занятия (главным образом в первую половину учебного года) короче по времени, методически проводятся целенаправленнее (каждый ребенок находится в поле зрения воспитателя), а следовательно, являются более результативными, нежели аналогичные занятия для таких детей в обычных группах; за здоровьем каждого ребенка устанавливается тщательный контроль, в случае необходимости организуется своевременное лечение.

Вся работа с детьми по охране и укреплению их здоровья проводится в тесном контакте с семьей: ведется пропаганда популярных медицинских знаний, в определенной системе на протяжении учебного года даются практические советы и рекомендации по воспитанию нервных, физически ослабленных детей, созданию для них необходимого режима жизни в семье; одновременно проводится цикл занятий педагогического всеобуча родителей по актуальным для них психолого-педагогическим вопросам и с учетом условий развития детей

в семье.

План работы с семьей составляется после проведения первого этапа комплексного обследования детей и на весь учебный год. В это же время собираются сведения о семье: выясняются ее бытовые и материальные условия; особенности отношений между ее членами; кто уделяет ребенку большее внимание, с чем связаны его отрицательные эмоции; соблюдается ли в семье режим жизни, соответствующий состоянию ребенка, как организуются выходные дни; как ведет он себя дома (чем интересуется и занимается).

Инициатива по созданию детям необходимых условий для полноценного физического (и психического) развития (в том числе в семье) должна принадлежать педагогическому и медицинскому персоналу дошкольного учреждения. И необходима она не только потому, что в преобладающем большинстве родители не понимают специфики развития своих детей из-за отсутствия необходимой медицинской и педагогической подготовки, главная задача – свести к минимуму вредное влияние семьи на развитие ребенка.

**2. Отбор содержания детской деятельности производится на перспективу в соответствии с требованиями программы, предъявляемыми к выпускникам подготовительных к школе групп в дошкольном учреждении, но с обязательным учетом в каждый конкретный момент уровень их психического развития.**

Учитывая значительную задержку в развитии умственной сферы детей в сравнении с оптимально реализованными возрастными возможностями, в частности в развитии вербально-логического мышления, надо стремиться к максимальному использованию различных форм ручной деятельности, предметных действий как важнейшего условия для развития анализирующего восприятия, наблюдения, мыслительных операций анализа и синтеза, классификации и систематизации. На основе практического интеллектуально активного освоения детьми предметов и явлений ближайшего окружения необходимо помогать им овладевать сенсорными эталонами, устанавливать простейшие количественные связи и зависимости (уточнять и закреплять представления о геометрической форме, количественных отношениях «больше–меньше», делении на части и т.п.). При этом учитываем особенности индивидуального темпа и характера усвоения детьми программного содержания.

**3. Индивидуализация и дифференциация педагогических методов, приемов и средств работы с детьми.**

Являясь важнейшим принципом коррекционно-педагогической работы с детьми, он не исключает групповых учебных занятий даже на начальных этапах работы. Но организация этих занятий обязательно предполагает особое внимание к тем детям, которые труднее других усваивают (или вообще не усваивают) учебный материал: каждый ребенок привлекается к решению посильных для него задач, определяются объем и характер работы с ним за пределами коллективного занятия. Индивидуальная работа с ребенком, как продолжение общегруппового учебного занятия, планируется и проводится до тех пор, пока он не будет усваивать учебный материал наравне со всеми при использовании коллективных средств и методов обучения.

**4. Любое занятие с детьми (групповое или индивидуальное) в целях достижения максимального педагогического эффекта организуется при условии положительного эмоционального отношения у ребенка.**

Это достигается благодаря соблюдению следующих организационно-педагогических требований: обязательного создания доброжелательной атмосферы общения воспитателя с детьми (никаких упреков в адрес ребенка за то, что он меньше других знает, хуже умеет что-

либо делать), их между собой и с воспитателем; обеспечения каждому ребенку близкой и понятной мотивации деятельности; широкого использования на учебных занятиях (особенно в первой половине учебного года и на тех занятиях, где дети испытывают большие затруднения) игровых приемов обучения, моментов соревнования, дидактических игр с целью поддержания интереса к процессу деятельности, а также получению заданного результата. На любом занятии ребенок должен пережить радость от преодоленной трудности. В этих целях от занятия к занятию для каждого ребенка специально планируется постепенное усложнение заданий.

Поддерживается и поощряется любое проявление детской пытливости и инициативы. Научить детей удивляться, видеть необычное в ближайшем окружении, вызвать желание понять, стремление найти объяснение непонятному, научить спрашивать взрослых и сверстников – это тоже важнейшие установки в работе с детьми, направленной на компенсацию дефектов их психического развития. Ни один из вопросов ребенка не должен оставаться без педагогического внимания.

### **5. Развитие руки ребенка.**

Для развития движений руки детей используются как традиционные для детских садов формы работы на учебных занятиях продуктивными видами деятельности, математикой, так и специальная система занятий в период их пребывания в диагностико-коррекционной группе. Эта система занятий включает в себя два направления работы: развитие движений пальцев кисти ребенка в процессе овладения рисовальными действиями и подготовку его руки непосредственно к школьному письму через систему специальных упражнений.

### **6. Коррекция речевого опосредования выполняемых детьми действий и операций.**

Из-за отставания в развитии всех видов и функций речи, дети испытывают огромные затруднения в вербальном программировании предстоящих действий. Стремясь восполнить этот пробел в развитии детей, необходимо, чтобы любые сведения, получаемые ими об окружающем, любые производимые действия и операции (в ситуации учебного занятия, свободного общения с окружающими, экскурсии, закладывания опыта, подведения его результатов и т.п.) они могли бы выразить словами, о любом предстоящем действии смогли бы рассказать.

По результатам всей коррекционно-педагогической помощи, оказанной детям и после контрольного диагностического психологического обследования, разрабатываются педагогические *рекомендации* к дальнейшему обучению, прежде всего тех детей, которые не достигли в специально созданных педагогических условиях желательного уровня развития. Эти рекомендации обычно направляются в те массовые школы, где есть коррекционные классы, в которых дети должны учиться.

## **Контрольный тест к 7 разделу**

1. К специфическим задачам обучения и воспитания детей дошкольного возраста с умственной отсталостью относят ...

- А) укрепление здоровья ребенка;
- Б) развитие умственной, физической работоспособности;
- В) тренировка дыхательной системы;

Г) создание специальных условий для развития ребенка в целом.

2. Какие методы обучения и воспитания детей с нарушением интеллекта опираются на совокупность анализаторных систем?

- А) словесные методы;
- Б) наглядные методы;
- В) практические методы;
- Г) дидактические методы.

3. В формировании основ личности у детей дошкольного возраста главную роль играют

...

- А) родители;
- Б) сверстники;
- В) коллективные взаимоотношения;
- Г) пед. персонал.

4. Первый этап обучения и воспитания детей дошкольного возраста с умственной отсталостью включает в себя ...

- А) обучение навыков счета и элементарной грамоте;
- Б) обучение бытовому труду;
- В) формирование санитарно-гигиенических навыков и развитие познавательной деятельности;
- Г) социальная адаптация.

5. Какие из перечисленных принципов обучения детей с нарушением интеллекта относятся к принципам построения занятия?

- А) принцип последовательности, систематичности, принцип концентрического распределения материала;
- Б) принцип доступности, учета зоны ближайшего развития, комплексности;
- В) повторяемость, смена видов деятельности, перенос полученных знаний на другой материал, игровая форма работы;
- Г) принцип дифференцированности, последовательности, принцип наглядности, прочности усвоенных знаний.

6. Открытие первых в России учреждений для глубоко умственно отсталых детей принадлежит ...

- А) Е.Х. Маляревской;
- Б) Е.К. Грачевой;
- В) Ф. Пляц;
- Г) М.П. Постовской.

7. Выделите специализированные (коррекционные) учреждения для дошкольников с нарушением интеллекта:

- А) детские сады с круглосуточным пребыванием, специализированные детские дома, группы при школах-интернатах;
- Б) центры психического здоровья, специальные интернаты для инвалидов детства;
- В) специализированные психоневрологические санатории;
- Г) все ответы верны.

8. Основными задачами дошкольной олигофренопедагогики являются:

А) раскрытие значения дошкольного воспитания в коррекционном развитии ребенка с нарушением интеллекта; вооружение студентов знаниями об особенностях физического и психического развития умственно отсталых детей; знакомство студентов с содержанием и методами обучения детей с нарушением интеллекта, с организацией их жизни в специальных дошкольных учреждениях;

Б) обоснование теоретических основ воспитания и обучения дошкольников с нарушением интеллекта; изучение особенностей физического, психического, умственного развития детей с нарушением интеллекта;

В) корреляция и компенсация аномального развития детей с нарушением интеллекта; разработка методов воспитания и обучения умственно отсталых дошкольников;

Г) все ответы верны.

**9.** Укажите ученого, который разработал положения «о сложной структуре дефекта», об общих закономерностях развития аномального и нормального ребенка с опорой на зону ближайшего развития:

А) Л.С. Выготский;

Б) Е.О. Смирнова;

В) Д.Б. Эльконин;

Г) В.В. Давыдов.

**10.** Полноценные воспитательные воздействия на детей дошкольного возраста, будут эффективными, когда они проводятся...

А) комплексно;

Б) системно;

В) поэтапно;

Г) дифференцированно.

**11.** Навыки поведения привитые семьей, окружающей средой проявляющиеся в общественной жизни – это...

А) воспитание;

Б) обучение;

В) учение;

Г) научение.

## **КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ»**

### **Вопросы к экзамену**

1. Олигофренопсихология и её связь с другими науками. Умственная отсталость: понятие, причины, диагностические критерии. Олигофрения и деменция: особенности, отличительные признаки.
2. Группы по степени выраженности интеллектуального дефекта (по классификации Э. Крепелина).
3. Охарактеризуйте основные формы олигофрении по классификации М.С. Певзнер.
4. Какие научно-теоретические основы специальной психологии выдвинул и разработал Выготский Л.С.
5. Задержка психического развития – понятие, причины, особенности, классификация ЗПР по К. С. Лебединской.
6. Характеристика деятельности детей с умственной отсталостью и её мотивация.
7. Трудовая и учебная деятельность учащихся с интеллектуальной недостаточностью.
8. Особенности игровой и изобразительной деятельности умственно отсталых детей.
9. Развитие познавательных процессов у детей с отклонениями в интеллектуальном развитии.
10. Особенности личностной сферы (эмоционально-волевые особенности, характер, самооценка и уровень притязаний) детей с нарушениями интеллекта.
11. Отличительные признаки детей с ЗПР и умственной отсталостью.
12. Познавательные процессы (все процессы) детей с ЗПР.
13. Развитие личностной сферы (эмоционально-волевые особенности, характер, самооценка и уровень притязаний) детей с ЗПР.
14. Развитие деятельностной сферы у детей с ЗПР
15. Межличностные отношения детей с ЗПР. Отношения детей с ЗПР с родителями и другими близкими людьми.
16. Межличностные отношения с окружающими и с родителями школьников с интеллектуальной недостаточностью.
17. Модель специальной психологической помощи детям с задержкой психического развития на этапах раннего онтогенеза.
18. Теоретические принципы организации диагностической работы коррекционно-педагогической работы с детьми с ЗПР.
19. Коррекционная работа с умственно отсталыми детьми.
20. Адаптация и общение детей с задержкой психического развития в общеобразовательной школе.
21. Методы психолого-педагогического исследования детей с нарушениями интеллектуального развития.
22. Психологическая помощь семьям, воспитывающим ребёнка с нарушением интеллекта.

23. Методы психолого-педагогического исследования детей с задержкой психического развития
24. Изучение особенностей моторного развития детей с ЗПР, способы коррекции.
25. Психологические проблемы обучения детей с ЗПР.
26. Лечебно-педагогическая работа при умственной отсталости.

**Итоговый тест**  
**Итоговый тест 1**

1. Термин депривация означает...
  - А) лишение
  - Б) искажение
  - В) дефект органа
  - Г) замедление темпа
2. К поврежденному развитию можно отнести:
  - А) приобретенную умственную отсталость
  - Б) детский церебральный паралич
  - В) синдром Аспергера
  - Г) нейроинфекцию
3. К условиям нормального развития ребёнка по Дульневу и Лурии относят:
  - А) сохранность анализаторных систем
  - Б) сохранность структур и функций ЦНС
  - В) физическое здоровье
  - Г) процесс формирования понятий
4. Гетерохронность – это ..... психического развития
  - А) неравномерность
  - Б) искажение
  - В) замедление
  - Г) патология
5. К искаженному развитию можно отнести:
  - А) психический инфантилизм
  - Б) ранний детский аутизм
  - В) глухоту
  - Г) детский церебральный паралич
6. К классификации детей с общим психическим недоразвитием М.С.Певзнер относятся следующие формы:
  - А) неосложненная форма
  - Б) олигофрения с нарушением функций анализаторов
  - В) слепоглухонемота
  - Г) имбецильность
7. По этиопатогенетическому принципу ЗПР делятся на :
  - А) соматогенного происхождения
  - Б) аффективного происхождения
  - В) конституционального происхождения
  - Г) психологического происхождения
8. Исключите лишнее: к биологическим патогенным факторам, которые могут вызвать нарушения в развитии, относятся:
  - А) пороки развития мозга
  - Б) педагогическая запущенность

В) патология родов и травмы

Г) внутриутробные нарушения (токсикозы беременности, сифилис, краснуха и другие инфекции)

9. Выберите верное: К локальным формам отклоняющегося развития относят:

А) нарушения анализаторных систем

Б) интеллектуальные дефекты

В) психопатии

Г) ранний детский аутизм

10. Теорию системного строения дефекта выдвинул:

А) В. И. Лубовский

Б) В. В. Лебединский

В) Л. С. Выготский

Г) С. Я. Рубинштейн

11. Первичные и вторичные нарушения относятся к следующим характеристикам дизонтогенеза:

А) к динамике формирования межфункциональных связей

Б) к времени появления нарушений

В) к функциональной локализации нарушений

Г) к структуре нарушенного развития

12. Замещение или восполнение функций, нарушенных или утраченных вследствие дефектов в развитии, перенесенных заболеваний и травм – это...

А) экстренное замещение

Б) регенерация

В) восполнение утраченного

Г) компенсация функций

13. Что такое дизонтогенез?

А) нарушение психического развития, обусловленное патогенными биологическими и социальными факторами

Б) отсутствие воспитания

В) комплекс органических повреждений головного мозга

Г) нарушение социализации детей с нарушениями в развитии

14. Особенности психического развития, свойственные отдельным видам дизонтогенеза, относят к закономерностям:

А) общим

Б) межсистемным

В) модально-неспецифическим

Г) модально-специфическим

15. Количество параметров нарушенного развития:

А) 5

Б) 2

В) 4

Г) 3

16. Исправление тех или иных недостатков развития называется:

- А) коррекция
- Б) компенсация
- В) абилитация
- Г) реабилитация

17. Нарушение физического и психического развития – это...

- А) дизонтогенез
- Б) психопатия
- В) ретардация
- Г) асинхрония

18. Модально-неспецифические закономерности – это...

- А) особенности психического развития, типичные для всех или нескольких видов нарушенного развития.
- Б) особенности психического развития, типичные для нормального развития
- В) особенности психического развития в условиях социальной депривации
- Г) особенности психического развития слабослышащих детей

19. Как называется период, подготовленный структурно-функциональным созреванием отдельных мозговых систем, характеризующихся избирательной чувствительностью к определенным средовым воздействиям?

- А) критический (сенситивный, чувствительный)
- Б) пубертатный
- В) натальный
- Г) постнатальный

20. «Постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака» - это...

- А) признаки
- Б) факторы
- В) условия
- Г) методы

21. Что является основным фактором развития ребенка с первых дней жизни?

- А) взаимодействие с матерью
- Б) взаимодействие с сиблингами
- В) медикаментозное лечение
- Г) логопедическая помощь

22. Сколько форм имеет олигофрения по классификации М.С. Певзнер?

- А) 2
- Б) 3
- В) 5
- Г) 7

23. Чем олигофрения отличается от деменции?

- А) временем возникновения заболевания
- Б) прогрессирующим или непрогрессирующим характером
- В) наличием органического поражения ЦНС
- Г) все ответы верны

24. В настоящее время система специального образования располагает \_\_ видами школ?

А) 8

Б) 7

В) 10

Г) 5

25. Что такое наблюдение?

А) научно-целенаправленное и определенным образом фиксируемое восприятие исследуемого объекта

Б) активное вмешательство исследователя в деятельность испытуемого с целью создания условий, в которых выявляется какой-либо психический факт

В) тип методик, состоящий из набора пунктов, не имеющих правильных ответов

Г) метод, в процессе осуществления которого психолог или педагог изучает рисунки, поделки, сочинения и т.п. детей

26. Общие закономерности – это...

А) особенности психического развития, свойственные отдельным видам дизонтогенеза

Б) особенности психического развития, типичные для дизонтогенеза

В) особенности психического развития в условиях социальной депривации

Г) закономерности, характеризующие как нормальное, так и нарушенное психическое развитие

27. Умственная отсталость – это...

А) распад личности вследствие длительного психического заболевания

Б) стойкое нарушение познавательной деятельности, вследствие органического поражения головного мозга;

В) кратковременная задержка психического развития, вследствие нарушений раннего развития.

Г) нарушение психологического развития, обусловленное патогенными биологическими и социальными факторами

28. Выделите в приведенном ниже списке четыре варианта задержки психического развития:

А) ЗПР соматогенного генеза;

Б) ЗПР личностного генеза;

В) ЗПР психогенного генеза;

Г) ЗПР двигательного генеза;

Д) ЗПР конституционального генеза;

Е) ЗПР Церебрально-органического генеза;

Ж) ЗПР дизартрического генеза.

29. Ученым, обозначившим понятие «зона ближайшего развития» и «зона актуального развития» является ...

А) Р.М. Боскис

Б) А.Адлер

В) Л.С.Выготский

Г) Г.Е.Сухарева

30. Выберите верное утверждение:

- А) дети с нарушением интеллекта не ощущают свои промахи и неудачи и остаются к ним равнодушными
- Б) у детей с нарушением интеллекта объем пассивного словаря равен объему активного
- В) игра у умственно отсталых дошкольников становится ведущим видом деятельности и без специального обучения
- Г) дети с глубокой умственной отсталостью приспосабливаются к требованиям, которые предъявляют им окружающие.

## Итоговый тест 2

1. К специфическим задачам обучения и воспитания детей дошкольного возраста с умственной отсталостью относят ...
  - А) укрепление здоровья ребенка;
  - Б) развитие умственной, физической работоспособности;
  - В) тренировка дыхательной системы;
  - Г) создание специальных условий для развития ребенка в целом.
2. Какие методы обучения и воспитания детей с нарушением интеллекта опираются на совокупность анализаторных систем?
  - А) словесные методы;
  - Б) наглядные методы;
  - В) практические методы;
  - Г) дидактические методы.
3. В формировании основ личности у детей дошкольного возраста главную роль играют ...
  - А) родители ;
  - Б) сверстники;
  - В) коллективные взаимоотношения;
  - Г) пед. персонал.
4. Первый этап обучения и воспитания детей дошкольного возраста с умственной отсталостью включает в себя ...
  - А) обучение навыков счета и элементарной грамоте;
  - Б) обучение бытовому труду;
  - В) формирование санитарно-гигиенических навыков и развитие познавательной деятельности;
  - Г) социальная адаптация.
5. Какие из перечисленных принципов обучения детей с нарушением интеллекта относятся к принципам построения занятия?
  - А) принцип последовательности, систематичности, принцип концентрического распределения материала;
  - Б) принцип доступности, учета зоны ближайшего развития, комплексности;
  - В) повторяемость, смена видов деятельности, перенос полученных знаний на другой материал, игровая форма работы;
  - Г) принцип дифференцированности, последовательности, принцип наглядности, прочности усвоенных знаний.

6. Открытие первых в России учреждений для глубоко умственно отсталых детей принадлежит ...

- А) Е.Х. Маляревской;
- Б) Е.К. Грачевой;
- В) Ф. Пляц;
- Г) М.П. Постовской.

7. Выделите специализированные (коррекционные) учреждения для дошкольников с нарушением интеллекта:

- А) детские сады с круглосуточным пребыванием, специализированные детские дома, группы при школах-интернатах;
- Б) центры психического здоровья, специальные интернаты для инвалидов детства;
- В) специализированные психоневрологические санатории;
- Г) все ответы верны.

8. Основными задачами дошкольной олигофренопедагогики являются:

А) раскрытие значения дошкольного воспитания в коррекционном развитии ребенка с нарушением интеллекта; вооружение студентов знаниями об особенностях физического и психического развития умственно отсталых детей; знакомство студентов с содержанием и методами обучения детей с нарушением интеллекта, с организацией их жизни в специальных дошкольных учреждениях;

Б) обоснование теоретических основ воспитания и обучения дошкольников с нарушением интеллекта; изучение особенностей физического, психического, умственного развития детей с нарушением интеллекта;

В) корреляция и компенсация аномального развития детей с нарушением интеллекта; разработка методов воспитания и обучения умственно отсталых дошкольников;

Г) все ответы верны.

9. Социальная адаптация – это ...

А) объединение аномального ребенка с нормальными детьми в процессе воспитания и обучения;

Б) процесс восстановления функций организма и психологических систем аномального ребенка в пределах его психофизиологических возможностей;

В) процесс приспособления индивида к изменяющимся условиям окружающей среды;

Г) преодоление проблемных и конфликтных ситуаций.

10. В школах какого вида могут обучаться дети с ЗПР?

А) в массовой общеобразовательной школе;

Б) специальной (коррекционной) школе VII вида;

В) специальной (коррекционной) школе VIII вида;

Г) указанное в пунктах (а) и (б).

11. Какая группа детей с ЗПР обучается только в специальной (коррекционной) школе VII вида:

А) группа детей с ЗПР конституционального генеза;

Б) группа детей с ЗПР соматогенного генеза;

В) группа детей с ЗПР психогенного генеза;

Г) группа детей с ЗПР церебрально-органического генеза.

12. Интеграция детей с нарушениями развития существует в двух основных формах:

- А) социальная;
- Б) педагогическая;
- В) юридическая;
- Г) экономическая.

13. Система мероприятий, направленных на формирование эффективных способов социальной адаптации в возможных для данного индивида пределах, называется:

- А) коррекция;
- Б) компенсация;
- В) абилитация;
- Г) реабилитация.

14. Задержка психического развития соматогенного генеза по К.С. Лебединской обусловлена:

- А) психической травмой;
- Б) хроническим заболеванием;
- В) неправильными условиями воспитания;
- Г) органическим поражением головного мозга.

15. Психологическая помощь детям с задержкой психического развития может включать в себя:

- А) рекомендации по проблемам воспитания и обучения ребенка;
- Б) рекомендации по проблемам профессиональной ориентации;
- В) определение готовности больного ребенка к школьному обучению и выявление причин трудностей в обучении;
- Г) специальные психокоррекционные и психотерапевтические воздействия и пр.
- Д) все ответы верны

16. В систему психологической помощи детям с ЗПР входят следующие элементы:

- А) психологическое консультирование;
- Б) материальная помощь;
- В) психологическое сопровождение;
- Г) пожизненное обеспечение;
- Д) психологическая коррекция;
- Е) психологическое сопровождение.

17. Неверным суждением является:

А) при умственной отсталости у младенца не формируется эмоциональное общение со взрослыми;

Б) уровень развития ребенка первого года жизни с нарушением интеллекта изменить к лучшему нельзя (И.П. Павлов);

В) у детей с нарушением интеллекта с младенчества отсутствует неудержимое стремление познания окружающего мира;

Г) дети с умственной отсталостью на первом году жизни не дифференцируют «своих» и «чужих» взрослых.

18. Выделите специализированные (коррекционные) учреждения для дошкольников с нарушением интеллекта:

А) детские сады с круглосуточным пребыванием, специализированные детские дома, группы при школах-интернатах;

- Б) центры психического здоровья, специальные интернаты для инвалидов детства;
- В) специализированные психоневрологические санатории;
- Г) все ответы верны.

19. Укажите способы передачи общественного опыта, которые доступны для усвоения детьми с нарушением интеллекта:

- А) словесные инструкции или описания;
- Б) совместные действия ребенка со взрослым;
- В) образец, подражание взрослому;
- Г) все ответы верны.

20. Своеобразие содержания образовательных программ в коррекционных учреждениях способствует...

- А) преодолению недостатков в развитии ребенка;
- Б) усвоению программы;
- В) формированию прочных учебных навыков у детей;
- Г) усложнению существующих программ.

21. Основными механизмами обучения и воспитания детей дошкольного возраста является приобретение ...

- А) личностного развития;
- Б) педагогического опыта;
- В) социального опыта;
- Г) эмоционального развития.

22. История воспитания и обучения умственно отсталых детей в России начинается в

- А) конце XVIII в.;
- Б) XIX в.;
- В) конце XIX в.;
- Г) XX в.

23. Дидактика – это теория ...

- А) воспитания;
- Б) обучения;
- В) преподавания;
- Г) изучение методик.

# **ИНФОРМАЦИОННО-СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ»**

**Т.Б. Анисимова «Ваш ребенок идет в школу»**

Что такое детский инфантилизм?

Детская инфантильность – это эмоциональная незрелость, а не задержка умственного развития: дети осваивают речь в обычные сроки, задают вопросы, нормально рисуют, читают, считают, психически активны и даже бойки.

Психологический инфантилизм первого типа (по В.В. Ковалеву) базируется на задержке развития лобных долей головного мозга, обусловленной описанными объективными факторами и неправильным воспитанием. В результате у ребенка задерживается формирование понимания норм поведения и общения, выработка понятий «нельзя» и «надо», чувства дистанции в отношениях со взрослыми. Он не способен верно оценивать ситуацию, менять поведение в соответствии с ее требованиями, а также предвидеть развитие событий и, стало быть, возможные опасности и угрозы.

Такие дети отличаются от других своей наивностью, неприспособленностью, их поведение не соответствует возрасту. Часто они действуют неосмотрительно, неосторожно, не представляя, что кто-то может их обидеть. Вместе с тем инфантильные дети способны к оригинальному мышлению, чувствуют художественную красоту, музыку.

Дети с простой формой психического инфантилизма по поведению оцениваются младше своего истинного возраста на 1-2 года. Психически инфантильный ребенок очень жизнерадостен, эмоционален, но «не по возрасту» - ребенок 4-5 – ти лет напоминает 2-3 – летнего. Он готов играть и веселиться бесконечно и призывает домашних играть и веселиться с ним.

Инфантильный ребенок будет теребить бабушку, упрашивая почитать ему или поиграть в игрушки, даже если бабушка расстроена или нездорова, и это заметно. Их детскость подкупает взрослых. Вся семья любит «малышкой» или «нашим мальчиком» до тех пор, пока необходимость их адаптации в детском саду или в первом классе школы не отрезвляет родителей, побуждая проконсультировать ребенка у психиатра. Их младенчество слишком затянулось. И инфантильные дети не хотят взрослеть, для них будущее как бы не существует, они «задержались» в настоящем.

Такие дети крайне не самостоятельны и ничего не умеют, потому что все, что требует навыков, усилий, делалось и делается за них. Они не желают самостоятельно одеваться и есть, просятся «на ручки»... Видимо, семья в свое время поощряла такое поведение!

И вот результат: инфантильному ребенку пора идти в школу, а он не готов к ней. Но ребенку исполняется шесть, а потом семь лет, и в школу все-таки приходится идти. Инфантильный ребенок сталкивается с самостоятельными детьми своего возраста и вначале

удивляется, а потом огорчается – тяжело, до истерического невроза. Инфантильный ребенок уже готов стать трудным.

На языке медиков это звучит примерно так: «Детская инфантильность может сменяться личностной дисгармонией и завершаться психопатией истероидного типа».

Незрелость во втором варианте психического инфантилизма (гармонический инфантилизм, по Г.Е. Сухаревой) касается не только психического, но и физического развития.

Ребенок не только ведет себя несоответственно возрасту, но и выглядит в 5 лет, как 3-летний. Он мал ростом, мало весит, грациозен, миниатюрен, однако слаб и хруп. Он вызывает умиление, желание его защитить. Не отставая в развитии речи и моторики, он своевременно осваивает все навыки и умения, рисование, счет и чтение; часто он музыкальный, эмоционально живой, но у него, как и в первом варианте, задерживается дозревание высших ориентационных функций.

Время идет, а ребенок не готов к общению со сверстниками и крайне несамостоятелен. Его хрупкость, миниатюрность вызывают у родителей тревогу. У ребенка плохой аппетит, и он часто болеет в отличие от детей с первым вариантом психического инфантилизма. Он может слегка пошалить, но чаще ведет себя тихо. Он не требователен и не капризен, ласков и послушен. Такой ребенок не изматывает родителей, а вызывает щемящую жалость. Родители тревожатся, боятся за него, но в этом-то как раз и таится опасность.

Ребенок приходит в садик, и воспитатели инстинктивно начинают оберегать его. То же самое и в школе – учительница водит такого ребенка за руку, не отпускает от себя, невольно снижает требования к нему. Все принимают его детскость, и даже в играх ему отводится роль маленького; сверстники защищают его, утешают, и ребенок принимает отводимую ему роль. Она удобна и приятна. Он не хочет взрослеть и в школьные годы. Во взрослом возрасте на этой базе формируются типы мужчины-сына, женщины-дочери, опеку над которыми берут на себя супруги.

У таких детей при поступлении в школу в ответ на обычные учебные задания могут возникать невротические реакции и нарушения поведения: психологически они не готовы воспринимать и выполнять школьные требования. В классе они, как дошкольники, обращают в игру любую школьную ситуацию. Во время урока могут подойти к учительнице и приласкаться, использовать учебные принадлежности как игрушки. На замечания учителя либо не обращают внимания, либо обижаются.

У психически инфантильного по второму варианту нет чувства несостоятельности. Он принимает себя таким, каков он есть. Соответственно у него редко развивается невроз. Тревожное воспитание закрепляет его инфантильность, и, защищенный особым к себе отношением, он не тревожен. Между тем правильное воспитание может увести от инфантильности. В таком случае чуть позже, к 6-8 годам, у ребенка дозревают высшие психические функции, он приобретает качества мужественности и после завершения полового созревания отличается от сверстников только малым ростом и миниатюрностью при физической крепости и нормальном здоровье.

Психически инфантильного по второму варианту ребенка не торопят с развитием. Он будет следовать за сверстниками, отставая от них примерно на год, и к началу учебы в школе догонит их. Физическую же слабость и малый рост компенсирует развитием ловкости. И вновь мы видим – воспитание решает все!

К 10-12 годам дети, как правило, выправляются. Но иногда темп созревания бывает настолько медленным, что, уже, будучи подростками, они рвутся в путешествия, воображают себя известными персонажами, грезят подвигами и открытиями. Стремясь к новым впечатлениям, они нередко убегают из дома, ночуют у случайных знакомых, попадают в авантюрные истории, иногда с трагическим исходом (это еще одна опасность, связанная с инфантильностью!)

Родителям следует опасаться развития третьего варианта психического инфантилизма. Ребенок рождается психически и физически здоровым, но, защищая его от жизни, искусственно задерживают его социализацию эгоцентрическим или тревожно-мнительным характером воспитания.

Подобное часто бывает у родителей, долго ожидавших своего первенца. Вся семья не может нарадоваться на младенца! Самый интересный детский возраст – от 2-х до 3-х лет. И родители неосознанно хотят задержать ребенка в нем и преуспевают в этом. Неправильное воспитание делает из здорового ребенка незрелого, развитие лобных функций мозга искусственно задерживается.

Ребенку все прощают, стараются облегчить ему жизненный путь. Но ведь за пределами родного дома судьба не будет так бережно к нему относиться! Родители, склонные к гиперопеке, задумайтесь: после пяти с половиной лет ваш ребенок уже может пребывать в таком состоянии, как если бы ему повредили мозг!

Каковы признаки инфантилизма, развивающегося по третьему варианту? Физически малыш развит абсолютно нормально, но ведет себя, как ребенок: может перебивать учителя, бесконечно проситься в туалет или домой; дома он стремится только играть, не выполняет домашние обязанности. Он не признает отказа ни в чем, игнорирует состояние родителей. Он капризен, требователен и истеричен, его детскость уже никого не радует.

При третьем варианте психического инфантилизма возможен путь в истерический невроз.

Один из самых ярких типов отношения к ребенку со стороны близких и одна из грубейших педагогических ошибок – это вознесение его на пьедестал.

С малых лет ребенок со среднестатистическими данными привыкает к тому, что он обожаем в любом случае; каждый его успех воспринимается как доказательство его одаренности, превосходства над другими; каждый его проигрыш переживается всей семьей; каждый его соперник считается злейшим врагом – так формируется завышенная самооценка.

Встретившись лицом к лицу с реальностью, ребенок может испытать настоящий шок. И, сохранив привычку жить в теплице, ограждающей его от вселенских невзгод, скорее всего, он и будет стремиться жить в этой теплице или ее имитации.

## Советы для родителей инфантильных детей. (Автор - психолог А. Томилова).

1. Ребенок должен знать свои систематические обязанности, а также меры порицания за их невыполнение. Но при этом ему нужно давать наиграться. С дошкольниками и младшими школьниками нужно играть во все, что встречается в их жизни: в «детский сад», в «больницу», в «школу», где они должны выступать в сильной, положительной роли.

2. Инфантильный ребенок стремится к детям младше себя, так побуждайте его к общению со сверстниками, учите сотрудничать с ними, прощать обиды, улаживать конфликты.

3. Даже по отношению к навязчивым инфантильным детям следует избегать «отрицательного внимания» - окриков, высмеивания, угроз наказаний, так как ребенок может довольствоваться этими формами внимания (за неимением других) и в дальнейшем стремиться провоцировать их.

4. Для любых детей вредно расхождение в требованиях, предъявляемых школой и семьей или разными членами семьи. Обязанности и запреты, признаваемые всеми членами семьи, дадут возможность ребенку ощутить свою ответственность сначала за малые, а потом и за серьезные решения.

5. Если вы с детства советуетесь с ребенком, обсуждаете с ним важные семейные дела (он может предложить какую-либо деталь, и члены семьи ее примут), то он почувствует свою значимость.

6. Если ребенок окажется не готов к школе к 7-ми годам, лучше задержать его на год и в 8 лет отправить в школу со сформировавшейся позицией школьника. Желание учиться, стремление к умственному труду, ответственность необходимо формировать сначала на легком, доступном материале. Успех пробуждает веру в свои силы, снимает напряженность и создает эмоциональный комфорт.

7. Поощряйте стремление детей к самостоятельности, принятию собственных решений. Ребенку надо давать пробовать свои силы. Если он бредит футболом или танцами – дайте ему возможность проявить себя в том, что его так привлекает. Вероятно, он сам позже решит, что его все-таки больше привлекает.

8. Необходимо помнить, что до определенного возраста мнение родителей и авторитетных взрослых является также мнением ребенка. Если мама трагически вскрикивает каждый раз, когда малыш выводит в тетради по письму закорючку чуть длиннее или короче, чем надо, то ребенок будет нервничать гораздо сильнее! Дети склонны многое преувеличивать. Относитесь к неприятным ситуациям проще, и ваш ребенок не получит от вас по наследству повышенную тревожность, ощущение нарушенной безопасности, невезучести, неблагополучия. Не программируйте судьбу вашего ребенка, предоставьте ему возможность самостоятельно ее создать!

### Дефект и компенсация

В тех системах психологии, которые в центр ставят понятие целостной личности, идея сверхкомпенсации играет доминирующую роль. "Что меня не губит, делает меня сильнее", — формулирует эту идею В. Штерн, указывая, что из слабости возникает сила, из недостатков — способности (W. Stern, 1923, с. 145). Широко распространенное и очень влиятельное в Европе и Америке психологическое направление, созданное школой австрийского психиатра Адлера и называющее себя индивидуальной психологией, т. е. психологией личности, развило эту идею в целую систему, в законченное учение о психике. Сверхкомпенсация не есть какое-либо редкое или исключительное явление в жизни организма. Примеров ее можно привести бесконечное множество. Это, скорее, в высшей степени общая и широчайше распространенная черта органических процессов, связанная с основными законами живой материи. Правда, мы до сих пор не имеем сколько-нибудь исчерпывающей и всеохватывающей биологической теории сверхкомпенсации, но в ряде отдельных областей органической жизни эти явления изучены столь основательно, практическое использование их столь значительно, что мы с полным правом можем говорить о сверхкомпенсации как о научно установленном фундаментальном факте в жизни организма.

Мы прививаем здоровому ребенку оспенный яд. Ребенок переносит легкую болезнь и по выздоровлении становится на много лет защищенным против оспы. Его организм приобрел иммунитет, т. е. не только справился с легким заболеванием, которое мы вызвали прививкой, но вышел из этой болезни более здоровым, чем был до нее. Организм сумел выработать противоядие в гораздо больших размерах, чем требовалось дозой внесенного в него яда. Если мы теперь сравним нашего ребенка с другими, не испытывавшими прививки, то увидим, что он в отношении этой страшной болезни является сверх здоровым: он не только не болеет сейчас, как другие здоровые дети, но он и не может заболеть, он останется здоровым и тогда, когда яд снова попадет ему в кровь.

Вот этот, с первого взгляда парадоксальный органический процесс, превращающий болезнь в сверхздоровье, слабость в силу, отравление в иммунитет, и носит название сверхкомпенсации. Сущность ее сводится к следующему: всякое повреждение или вредоносное воздействие на организм вызывает со стороны последнего защитные реакции, гораздо более энергичные и сильные, чем те, которые нужны, чтобы парализовать непосредственную опасность. Организм представляет относительно замкнутую и внутренне связанную систему органов, обладающую большим запасом потенциальной энергии, скрытых сил. Он действует в минуты опасности как единое целое, мобилизуя скрытые запасы накопленных сил, сосредоточивая в месте опасности с большей расточительностью гораздо большие дозы противоядия, чем доза грозящего ему яда. Таким путем, организм не только компенсирует причиненный ему вред, но всегда вырабатывает излишек, перевес над опасностью, приводящий его в более высокое состояние защищенности, чем то, которое у него было до возникновения опасности.

К месту, в которое проникла зараза, белые кровяные шарики устремляются в гораздо большем количестве, чем нужно для того, чтобы справиться с заразой. Это и есть сверхкомпенсация. Если лечат туберкулезного больного, впрыскивая ему туберкулин, т. е. туберкулезный яд, то рассчитывают на сверхкомпенсацию организма. Это несоответствие раздражения и реакции, неравенство действия и противодействия в организме, излишек противоядия, прививка сверхздоровья через болезнь, поднятие на высшую ступень через преодоление опасности важны для медицины и педагогики, для лечения и воспитания. И в психологии это явление получило широкое применение, когда стали изучать психику не

изолированно от организма, как отрешенную от тела душу, а в системе организма, как его своеобразную и высшую функцию. Оказалось, что в системе личности сверхкомпенсация играет не меньшую роль. Достаточно обратиться к современной психотехнике. Согласно ее взгляду, такая важнейшая в процессе воспитания личности функция, как упражнение, в сущности сводится к явлениям сверхкомпенсации. Адлер обратил внимание на то, что неполноценные органы, функционирование которых затруднено или нарушено вследствие дефектов, необходимо вступают в борьбу, в конфликт с внешним миром, к которому они должны приспособиться. Эту борьбу сопровождает повышенное заболевание и смертность, но борьба же таит в себе повышенные возможности сверхкомпенсации (А. Adler, 1927).

Подобно тому как в случае заболевания или удаления одного из парных органов (почки, легкого) другой член пары принимает на себя его функции и компенсаторно развивается, подобно этому компенсацию непарного неполноценного органа принимает на себя центральная нервная система, утончая и совершенствуя работу органа. Психический аппарат создает над таким органом психическую надстройку из высших функций, облегчающих и повышающих эффективность его работы. "Ощущение дефективности органов является для индивида постоянным стимулом к развитию его психики", — цитирует Адлер О. Рюле (2) (1926, с. 10).

Чувство или сознание малоценности, возникающее у индивида вследствие дефекта, есть оценка своей социальной позиции, и она становится главной движущей силой психического развития. Сверхкомпенсация, "развивая психические явления предчувствия и предвидения, а также их действующие факторы вроде памяти, интуиции, внимательности, чувствительности, интереса — словом, все психические моменты в усиленной степени" (там же, с. 11), приводит к сознанию сверхздоровья в больном организме, к выработке сверхполноценности из неполноценности, к превращению дефекта в одаренность, способность, талант. Страдавший недостатками речи Демосфен становится величайшим оратором Греции. Про него рассказывают, что он владел своим великим искусством, специально увеличивая свой природный дефект, усиливая и умножая препятствия. Он упражнялся в произнесении речи, наполняя рот камешками и стараясь преодолеть шум морских волн, заглушающих его голос. "Se non è vero, e ben trovato" ("если это и неверно, то хорошо выдуманно"), как говорит итальянская пословица. Путь к совершенству лежит через преодоление препятствий, затруднение функции есть стимул к ее повышению. Примером могут служить также Л. В. Бетховен, А. С. Суворов. Заика К. Демулен был выдающимся оратором; слепоглухонемая Е. Келлер (3) — известной писательницей, проповедницей оптимизма.

Два обстоятельства заставляют нас с особым вниманием взглянуть на это учение. Во-первых, его связывают часто, особенно в кругах немецкой социал-демократии, с учением К. Маркса; во-вторых, оно внутренне связано с педагогикой, с теорией и практикой воспитания. Мы оставим в стороне вопрос о том, насколько соединимо учение индивидуальной психологии с марксизмом; этот вопрос потребовал бы для разрешения особого исследования. Укажем только, что попытка синтеза Маркса и Адлера, попытки включить учение о личности в контекст философской и социологической системы диалектического материализма делались, и попытаемся понять, какие основания могли побудить к сближению двух рядов идей.

Уже возникновение нового направления, выделившегося из школы З. Фрейда (4), было вызвано разницей в политических и социальных взглядах представителей психоанализа. Политическая сторона здесь тоже имела, по-видимому, значение, рассказывает Ф. Виттельс об уходе Адлера и части его сторонников из психоаналитического кружка. Адлер и его 9 друзей были социал-демократы. Многие его последователи любят подчеркивать этот момент. "Зигмунд Фрейд доныне делал все, чтобы его учение оказалось полезным для интересов господствующего общественного строя. В противовес этому индивидуальная психология А.

Адлера носит революционный характер и выводы из нее вполне совпадают с выводами революционной социологии Маркса", — говорит О. Рюле (1926, с. 5), который стремится к синтезу Маркса и Адлера в своей работе о психике пролетарского ребенка.

Все это, как уже сказано, спорно, но два момента, которые делают подобное сближение психологически возможным, привлекают внимание.

Первое — диалектический характер нового учения; второе — социальная основа психологии личности. Адлер мыслит диалектически: развитие личности движется противоречием; дефект, неприспособленность, малоценность — не только минус, недостаток, отрицательная величина, но и стимул к сверхкомпенсации. Адлер выводит «основной психологический закон о диалектическом превращении органической неполноценности через субъективное чувство неполноценности в психические стремления к компенсации и сверхкомпенсации». (А. Adler, 1927, с. 57). Этим он позволяет включить психологию в контекст широких биологических и социальных учений; ведь все истинно научное мышление движется путем диалектики. И Ч. Дарвин (5) учил, что приспособление возникает из неприспособленности, из борьбы, гибели и отбора. И Маркс, в отличие от утопического социализма, учил, что развитие капитализма неизбежно ведет через преодоление капитализма диктатурой пролетариата к коммунизму, а не уводит от него в сторону, как кажется поверхностному взгляду. Учение Адлера тоже хочет показать, как целесообразное и высшее с необходимостью возникает из нецелесообразного и низшего.

Психология личности окончательно порывает с "биологическим статизмом в подходе к характеру", как правильно отмечает А. Б. Залкинд, и является "действительно революционным характерологическим течением" (1926, с. 177), так как, в противовес учению Фрейда, на место биологического фатума ставит движущие и формирующие силы истории и социальной жизни (там же). Учение Адлера становится в оппозицию не только к реакционно-биологическим схемам Э. Кречмера (6), для которого врожденная конституция определяет строение тела, характер и "все дальнейшее развитие человеческого характера есть лишь пассивное развертывание того основного биологического типа, который врожденно присущ человеку" (там же, с. 174), но учение Адлера оппозиционно и по отношению к характерологии Фрейда. Его отделяют от последнего две идеи: идея социальной основы развития личности и идея финальной направленности этого процесса. Индивидуальная психология отрицает обязательную связь характера и вообще, психологического развития личности с органическим субстратом. Вся психическая жизнь индивида есть смена боевых установок, направленных к разрешению единой задачи — занять определенную позицию по отношению к имманентной логике человеческого общества, к требованиям социального бытия. Решает судьбу личности в последнем счете не дефект сам по себе, а его социальные последствия, его социально-психологическая реализация. В связи с этим для психолога становится обязательным понимание каждого психологического акта не только в связи с прошлым, но и с будущим личности. Это и можно назвать финальной направленностью нашего поведения. В сущности это понимание психологических явлений не только из прошлого, но и из их будущего не означает ничего другого, кроме диалектического требования понимать явления в вечном движении, вскрывать их тенденции, их будущее, детерминированное их настоящим. В учение о структуре личности, о характере новое понимание вводит глубочайше ценную для психологии перспективу будущего. Оно освобождает нас от консервативных, обращенных назад учений Фрейда и Э. Кречмера.

Как жизнь всякого организма направляется биологическим требованием приспособления, так жизнь личности направляется требованиями ее социального бытия. "Мы не в состоянии думать, чувствовать, хотеть, действовать без того, чтобы перед нами была какая-нибудь цель", — говорит Адлер (А. Adler, 1927, с.2). И отдельный поступок, и развитие личности в целом могут быть поняты из заложенных в них тенденций к будущему.

Другими словами: "Психическая жизнь человека стремится, как действующее лицо, созданное хорошим драматургом, к своему V акту" (там же, с. 2-3).

Перспектива будущего, вводимая этим учением в понимание психологических процессов, подводит нас к индивидуально-психологической педагогике как к одному из двух моментов, приковывающих наше внимание к методу Адлера. Виттельс называет педагогику главной областью приложения адлеровской психологии. В самом деле, педагогика для описанного психологического направления составляет то же, что медицина для наук биологических, техника — физико-химических и политика — социальных; она здесь высший критерий истины, так как практикой доказывает человек истину своих мыслей. С самого начала ясно, почему именно это психологическое течение помогает понять детское развитие и воспитание: в неприспособленности детства заложен, следовательно, источник сверхкомпенсации, т. е. сверхполноценного развития функций. Чем более приспособлено детство у какого-либо вида животных, тем меньше потенциальные возможности развития и воспитания. Залог сверхценности дан в наличии неполноценности; поэтому движущими силами развития ребенка являются неприспособленность и сверхкомпенсация. Такое понимание дает нам ключ к классовой психологии и педагогике.

Как течение потока определяется берегами и руслами, так психологическая лейтлиния, жизненный план развивающегося и растущего человека определены с объективной необходимостью социальным руслом и социальными берегами личности.

Для теории и практики воспитания ребенка с дефектами слуха, зрения и т. п. учение о сверхкомпенсации имеет фундаментальное значение, служит психологическим базисом. Какие перспективы открываются перед педагогом, когда он узнает, что дефект есть не только минус, недостаток, слабость, но и плюс, источник силы и способностей, что в нем есть какой-то положительный смысл! В сущности, психология давно учила этому, педагоги давно это знали, но только теперь с научной точностью сформулирован главнейший за кон: ребенок будет хотеть все видеть, если он близорук, все слышать, если у него аномалия слуха; будет хотеть говорить, если у него затруднения в речи или заикание. Желание летать будет выражено у детей, которые испытывают большие трудности уже при прыгании (А. Adler, 1927, с. 57). В этой "противоположности органически данной недостаточности и желаний, фантазий, снов, т. е. психических стремлений к компенсации..." (там же) заложены исходный пункт и движущие силы всякого воспитания. Практика воспитания на каждом шагу подтверждает это. Если мы слышим: мальчик хромотает и поэтому бегаёт лучше всех — мы понимаем, что речь идет все о том же законе. Если экспериментальные исследования показывают, что реакции могут протекать с большей скоростью и силой при наличии препятствий по сравнению с максимальными при нормальных условиях, то перед нами все тот же закон.

Высокое представление о человеческой личности, понимание ее органической слитности и единства должны лечь в основу воспитания ненормального ребенка.

В. Штерн, который глубже других психологов заглянул в структуру личности, полагал: "Мы не имеем никакого права заключать от установленной ненормальности того или иного свойства к ненормальности его носителя так же, как невозможно установленную ненормальность личности сводить к единичным свойствам как единой первопричине" (W. Stern, 1921, с. 163-164).

Этот закон приложим к соматике и психике, к медицине и педагогике. В медицине все больше укрепляется взгляд, согласно которому единственным критерием здоровья или болезни является целесообразное или нецелесообразное функционирование целого организма, а единичные ненормальности оцениваются лишь постольку, поскольку нормально компенсируются или не компенсируются через другие функции организма (там же, с. 164). И в психологии микроскопический анализ ненормальностей привел к их переоценке и рассмотриванию их как выражений общей ненормальности личности. Если эти

идеи Штерна применить к воспитанию, то придется отказаться и от понятия, и от термина "дефективные дети".

Т. Липпс видел в этом общий закон психической деятельности, который он называл законом запруды. "Если психическое событие прерывается или тормозится в естественном течении или если в последнее вступает в каком-либо пункте чуждый элемент, то там, где наступает перерыв, задержка или возмущение течения психического события, там происходит затопление" (Т. Липпс, 1907, с. 127). Энергия концентрируется в данном пункте, повышается и может преодолеть задержку. Она может пойти окольным путем. "Среди многого другого сюда относится высокая оценка того, что утрачено или даже только повреждено" (там же, с. 128). Здесь уже содержится вся идея сверхкомпенсации. Липпс придавал этому закону универсальное значение. Вообще всякое стремление он рассматривает как явление затопления. Не только переживание комического и трагического, но и процессы мышления Липпс объяснял действием этого закона. "Всякая целесообразная деятельность необходимо совершается по путям предшествующего бесцельного или автоматического события" тогда, когда возникает препятствие. Энергии в месте запруды присуща "тенденция к движению в сторону... Цель, которую нельзя было достигнуть прямым путем, достигается благодаря силе затопления одним из таких обходных путей" (там же, с. 274).

Только благодаря затруднению, задержке, препятствию и становится возможной целью для других психических процессов. Точка перерыва, нарушения одной какой-нибудь автоматически действующей функции становится "целью" для других функций, направленных к этой точке и потому имеющих вид целесообразной деятельности. Вот почему дефект и создаваемые им нарушения в функционировании личности становятся конечной целевой точкой для развития всех психических сил индивида; вот почему Адлер называет дефект основной движущей силой развития и целевой, финальной точкой жизненного плана. Линия "дефект — сверхкомпенсация" и есть лейтмотив развития ребенка с дефектом какой-либо функции или органа. Таким образом, "цель" дана заранее, и в сущности только по видимости цель, на деле же она первопричина развития.

Воспитание детей с различными дефектами должно базироваться на том, что одновременно с дефектом даны и психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта, что именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила. Построить весь воспитательный процесс по линии естественных тенденций к сверхкомпенсации — значит не смягчать тех трудностей, которые возникают из дефекта, а напрягать все силы для его компенсации, выдвигать только те задачи и в том порядке, какие отвечают постепенности становления всей личности под новым углом.

Какая освобождающая истина для педагога: слепой развивает психическую надстройку над выпавшей функцией, которая имеет одну задачу — заместить зрение; глухой всеми способами вырабатывает средства, чтобы преодолеть изолированность и отъединенность немоты! До сих пор у нас оставались втуне, без употребления, не принимались в расчет эти психические силы, эта воля к здоровью, социальной полноценности, которая бьет ключом у такого ребенка. Дефект рассматривался статически только как дефект, как минус. Положительные силы, приводимые в действие дефектом, были в стороне от воспитания. Психологи и педагоги не знали закона Адлера о противоположности органически данной недостаточности и психологических стремлений к компенсации, учитывали только первое, только недостаток. Не знали, что дефект не только психическая бедность, но и источник богатства; не только слабость, но и источник силы. Думали, что развитие слепого ребенка направлено к слепоте. Оказывается, оно направлено к преодолению слепоты. Психология слепоты есть в сущности психология преодоления слепоты.

Неверное понятие психологии дефекта послужило причиной неудачи традиционного воспитания слепых и глухих детей. Прежнее понимание дефекта как только недостатка похоже на то, как если бы, глядя на прививку оспы здоровому ребенку, сказали, что ему прививают болезнь. На деле ему прививают сверхздоровье. Самое важное, что воспитание опирается не только на естественные силы развития, но и на конечную целевую точку, на которую оно должно ориентироваться. Социальная полноценность есть конечная целевая точка воспитания, так как все процессы сверхкомпенсации направлены на завоевание социальной позиции. Компенсация идет не к дальнейшему отклонению от нормы, хотя бы в положительном смысле, но к сверхнормальному, односторонне уродливому, гипертрофированному развитию личности в отдельных отношениях, но в сторону нормы; в сторону приближения к определенному социальному типу. Нормой сверхкомпенсации является определенный социальный тип личности. У глухонемого ребенка, как бы отрезанного от мира, выключенного из всех социальных связей, мы найдем не понижение, но повышение социального инстинкта, воли к общественной жизни, жажды общения. Его психологическая способность к речи обратно пропорциональна его физической способности говорить. Пусть покажется парадоксом, но глухой ребенок больше нормального хочет говорить и тяготеет к речи. Наше обучение проходило мимо этого, и глухие без всякого воспитания, вопреки ему, развивали и создавали свой язык, который возникал из этого тяготения. Здесь есть над чем подумать психологу. Здесь причина нашей неудачи в развитии устной речи у глухонемых. Точно так же и слепой ребенок обладает повышенной способностью к овладению пространством, большим по сравнению со зрячим ребенком тяготением к тому миру, который нам без труда дан благодаря зрению. Дефект есть не только слабость, но и сила. В этой психологической истине альфа и омега социального воспитания детей с Дефектами.

В идеях Т. Липпса, В. Штерна, А. Адлера заключено здоровое ядро психологии воспитания детей с дефектами. Однако эти идеи окутаны некоторой неясностью, и, чтобы овладеть ими вполне, надо точно уяснить, в каком отношении они стоят к другим психологическим теориям и взглядам, близким к ним по форме или по духу.

Во-первых, легко возникает подозрение, что эти идеи порождены не научным оптимизмом. Если вместе с дефектом даны и силы для его преодоления, то всякий дефект есть благо. Разве не так? Но сверхкомпенсация есть только крайняя точка одного из двух возможных исходов этого процесса, один из двух полюсов такого осложненного дефектом развития. Другой полюс-неудача компенсации, бегство в болезнь, невроз, полная асоциальность психологической позиции. Неудавшаяся компенсация превращается в защитную борьбу при помощи болезни, в фиктивную цель, направляющую весь жизненный план по ложному пути. Между этими двумя полюсами, крайними случаями, расположены все возможные степени компенсации — от минимальных до максимальных.

Во-вторых, эти идеи легко смешать с прямо противоположными по смыслу, и увидеть в них возвращение глубоко назад, к христианско-мистической оценке дефекта и страдания. Не проникает ли вместе с указанными идеями и высокая оценка болезни во вред здоровью, признание пользы страдания — вообще, культивирование слабых, убогих, немощных форм жизни в ущерб сильным, ценным, мощным?

Нет, новое учение положительно оценивает не страдание само по себе, а его преодоление; не смирение перед дефектом, а бунт против него; не слабость саму по себе, а заключенные в ней импульсы и источники силы. Так что оно диаметрально противоположно христианским идеям о немощах. Не нищета, но потенциальное богатство духа, нищета как импульс к ее преодолению, к накоплению называются здесь благом. Идеал силы и мощи сближает Адлера с Ф. Ницше (7), у которого индивидуальная психология показана как воля к власти, могуществу, как первичное стремление. Учение о социальной полноценности как

конечной точке сверхкомпенсации одинаково четко отделяет психологию и от христианского идеала слабости, и от ницшеанского культа индивидуальной силы.

В-третьих, учение о сверхкомпенсации дефекта необходимо отграничить от старой наивно-биологической теории компенсации органов, или, иначе, от теории викариата органов чувств. Несомненно, что в ней уже заключалось первое научное предчувствие той истины, что выпадение функции дает толчок к развитию других заступающих ее место функций. Но это предчувствие выражено наивно и искажено. Отношения между органами чувств прямо приравниваются к отношениям между парными органами; осязание и слух якобы прямо компенсируют выпавшее зрение, как здоровая почка заболевшую; органический минус механически покрывается органическим же плюсом, и остается неясным при таком перепрыгивании через все социально-психологические инстанции, что побуждает ухо и кожу к компенсации: ведь выпадение зрения не затрагивает жизненно необходимых отправления. Практика и наука давно разоблачили несостоятельность этого учения.

Фактическое исследование показало, что у слепого ребенка не происходит автоматического повышения осязания или слуха за счет недостающего зрения (К. Bürklen, 1924). Напротив, не зрение само по себе замещается, а возникающие из его отсутствия затруднения разрешаются путем развития психической надстройки. Так, мы встречаемся с мнением о повышенной памяти, повышенном внимании, повышенных речевых способностях слепых. Именно в этом видит А. Петцельд (8), которому принадлежит лучшая работа по психологии слепых (А. Petzeld, 1925), основную черту сверхкомпенсации. Самое характерное для личности слепого, полагает он, возможность при помощи речи усвоить социальный опыт зрячих. Х. Гризбах показал, что догма викариата чувств не выдержала критики, и "слепой был настолько же приближен к обществу зрячих, насколько он был удален от него теорией викариата" (там же, с. 30-31). Зерно истины действительно есть в этой теории; оно заключено в понимании того, что всякий дефект не ограничивается изолированным выпадением функции, но влечет за собой радикальную перестройку всей личности и вызывает к жизни новые психические силы, дает им новое направление. Только наивное представление о чисто органической природе компенсации, только игнорирование социально-психологического момента в этом процессе, только незнание конечного направления и общей природы сверхкомпенсации отделяют старое учение от нового.

В-четвертых, наконец, надо установить истинное отношение учения Адлера к складывающейся в последние годы советской лечебной социальной педагогике, построенной на данных рефлексологии. Разграничение этих двух кругов идей сводится к тому, что учение об условных рефlekсах дает научную основу для построения самого механизма воспитательного процесса, учение о сверхкомпенсации для понимания самого процесса развития ребенка. Многие авторы, в том числе и я, анализировали обучение слепых или глухих с точки зрения условных рефlekсов и приходили к глубочайше важному выводу: нет никакой принципиальной разницы между воспитанием зрячего и слепого ребенка, новые условные связи завязываются одинаковым способом с любого анализатора, влияние организованных внешних воздействий является определяющей силой воспитания. Целая школа под руководством И. А. Соколянского (9) разрабатывает новую методику обучения глухонемых речи на основе этого учения и достигает при этом и поразительных практических результатов, и теоретических положений, предвосхищающих построения самой прогрессивной европейской сурдопедагогике. Но ограничиваться этим нельзя. Нельзя полагать, что теоретически снимается всякая разница между воспитанием слепого, глухого и нормального ребенка, нельзя потому, что на деле эта разница существует и дает себя знать. Весь исторический опыт сурдопедогогике говорит за это. Необходимо еще учесть особенности развития ребенка с дефектом. Воспитатель должен знать, в чем коренится своеобразие специальной педагогике, какие факты в развитии ребенка отвечают этому своеобразию и требуют его. Что слепой или глухой ребенок с точки зрения педагогике

принципиально может быть приравнен к нормальному — это истина; но он достигает того же, чего достигает нормальный ребенок, иным способом, на ином пути, иными средствами. И для педагога особенно важно знать именно это своеобразие пути, по которому нужно повести ребенка. Биография слепого не похожа на биографию зрячего; невозможно допустить, что слепота не вызовет глубокого своеобразия всей линии развития. В сущности финальный характер психологических актов, их направленность на будущее выступают уже в самых элементарных формах поведения. Уже в простейших формах поведения, с которыми имеет дело школа И. П. Павлова при изучении механизма условных рефлексов, обозначается целеустремленность поведения. Среди прирожденных рефлексов Павлов различает особый рефлекс цели. Этим противоречивым названием он, вероятно, хочет указать на два момента:

1) на то, что и здесь мы имеем дело с рефлекторным механизмом;

2) на то, что этот механизм принимает видимость целесообразной деятельности, т. е. становится понятным в связи с будущим. "Вся жизнь есть осуществление одной цели, — говорит Павлов, — именно охранения самой жизни..." (1951, с. 308).

Он же называет этот рефлекс рефлексом жизни. "Вся жизнь, все ее улучшения, вся ее культура делается рефлексом цели, делается только людьми, стремящимися к той или другой поставленной ими себе в жизни цели" (там же, с. 310). Павлов прямо формулирует значение этого рефлекса для воспитания, его идеи совпадают с учением о компенсации. "Для полного, правильного, плодотворного проявления рефлекса цели, — говорит он, — требуется известное его напряжение. Англосакс, высшее воплощение этого рефлекса, хорошо знает это, и вот почему на вопрос, какое главное условие достижения цели, он отвечает неожиданным, невероятным для русского глаза и уха образом: "существование препятствий". Он как бы говорит: "Пусть напрягается в ответ на препятствия мой рефлекс цели — и тогда-то я и достигну цели, как бы она ни была трудна для достижения". Интересно, что в ответе совсем игнорируется невозможность достижения цели" (там же, с. 311). Павлов сожалел, что у нас "отсутствуют практические сведения относительно такого важнейшего фактора жизни, как рефлекс цели. А эти сведения так нужны во всех областях жизни, начиная с капитальной области — воспитания" (там же, с. 311-312).

То же самое говорит о рефлексе Ч. Шеррингтон (10). По его мнению, рефлекторная реакция не может быть действительно понята физиологом без знания ее цели, а он может узнать цель, только рассматривая реакцию в свете всякого органического комплекса нормальных функций как целого. Это дает и право синтеза обеих психологических теорий. "Стратегическая установка" адлеристов, — говорит А. Б. Залкинд, — это та же доминанта, но не в общефизиологических, а в клинических, психотерапевтических формулировках" (цит. по кн.: Новое в рефлексологии..., 1925 с. VI). В теоретическом и деловом совпадении этих двух учений автор видит подтверждение "правильности того основного пути", которым идут они оба (там же).

Экспериментальные исследования, на которые мы ссылались выше и которые показали, что реакция может выиграть в силе и скорости при наличии противодействующих и препятствующих раздражении, могут рассматриваться одновременно и как явления доминанты, и как явления сверхкомпенсации. Л. Л. Васильев и я описали эти явления под именем доминантных процессов (В. Бехтерев", Л. Л. Васильев, 1926; Л. С. Выготский, 1982). В. П. Протопопов показал, что по большей устойчивости и интенсивности реакции сосредоточения "соматически-дефективные превосходят нормальных" (1925, с. 26); он объясняет это особенностями доминантного процесса. Это и означает, что потенциал сверхкомпенсации у дефективных выше.

Нельзя рассматривать вопросы воспитания без перспективы будущего. Об этом говорят те выводы, к которым неизбежно приводит нас подобное рассмотрение. Так, И. А. Соколянский приходит к парадоксальному выводу: воспитание слепоглухонемых легче, чем воспитание глухонемых, глухонемых — легче, чем слепых; слепых — чем нормальных. По

степени сложности и трудности педагогического процесса устанавливается именно такая последовательность. Он видит в этом прямое следствие применения рефлексологии к пересмотру взглядов на дефективность. "Это не парадокс, — говорит Соколянский, — но естественный вывод из новых взглядов на природу человека и на сущность речи" (в кн.: Український вісник рефлексології, 1926). Протопопов также заключает из этих исследований, что у слепоглухонемого "с чрезвычайной легкостью устанавливается возможность социального общения" (1925, с. 10).

Что могут дать педагогике подобные психологические положения? Совершенно ясно, что всякое сравнение воспитания слепоглухонемого и нормального ребенка по трудности и сложности только тогда целесообразно, когда мы имеем в виду равные педагогические задачи, выполняемые при разных условиях (нормальный и дефективный ребенок); только общая задача, единый Уровень педагогических достижений могут служить общей мерой трудности воспитания в обоих случаях. Нелепо спрашивать, что труднее: научить способного восьмилетнего ребенка таблице Умножения или отстающего студента высшей математике. Здесь легкость в первом случае обусловлена не способностями, а легкостью задачи. Слепоглухонемого легче обучать, потому что уровень его развития, требования к его развитию, задачи воспитания, которые оно хочет достигнуть, минимальны. Если мы захотим обучать нормального ребенка этому же минимуму, едва ли кто-то станет утверждать, что это потребует больше труда. Наоборот, если бы мы поставили перед воспитателем слепоглухонемого такие же огромные по объему задачи, что стоят и перед воспитателем нормального ребенка, едва ли кто взялся бы не только провести это с меньшим трудом, но и вообще осуществить. Из кого легче выработать определенную социальную единицу рабочего, приказчика, журналиста — из нормального или слепоглухонемого? На этот вопрос едва ли можно дать больше чем один ответ. У слепоглухонемого с чрезвычайной легкостью устанавливается возможность остального общения, как говорит Протопопов, но только в минимальных размерах.

Клуб глухонемых и интернат слепоглухонемых никогда не делается центром общественной жизни. Или пусть сперва докажут, что слепоглухонемого легче научить читать газету и вступать в социальное общение, чем нормального. Такие выводы непременно возникнут, если мы будем рассматривать только механику воспитания без учета линии развития самого ребенка и его перспективы.

Работа сверхкомпенсации определяется двумя моментами: диапазоном, размером непригодности ребенка, углом расхождения его поведения и предъявляемых к его воспитанию социальных требований, с одной стороны, и компенсаторным фондом, богатством и разнообразием функций — с другой. Этот фонд у слепоглухонемого чрезвычайно беден; его непригодность очень велика. Поэтому не легче, но неизмеримо труднее воспитание слепоглухонемого, чем нормального, если оно хочет дать те же результаты. Но что остается и имеет решающее значение как итог всех этих разграничений для воспитания, так это возможность социальной полноценности и сверхценности для детей, обладающих дефектами. Это достигается чрезвычайно редко, но сама возможность такой счастливой сверхкомпенсации указывает, как маяк, путь нашему воспитанию.

Думать, что всякий дефект непременно будет счастливо компенсирован, так же наивно, как думать, что всякая болезнь непременно кончается выздоровлением. Нам нужны прежде всего трезвость взгляда и реализм оценки; мы знаем, что задачи сверхкомпенсации так их дефектов, как слепота и глухота, огромны, а компенсаторный фонд беден и скуден; путь развития чрезмерно труден, но тем важнее знать верное направление. На деле это учитывает и Соколянский, и этому он обязан большими успехами своей системы. Для его метода не так важен его теоретический парадокс, как его великолепная практическая условная установка в

воспитании. При его методе, говорит он, не только мимика становится совершенно бесцельной, но сами дети не употребляют ее и по собственной инициативе.

Напротив, устная речь становится для них непреодолимой физиологической потребностью (в кн.: Український вісник рефлексології 1926). Вот чем не может похвастаться ни одна методика в мире и вот где ключ к воспитанию глухонемых. Если устная речь становится потребностью и вытесняет у детей мимику, то значит обучение направлено по линии естественной сверхкомпенсации глухоты; оно направлено по линии детских интересов, а не против них.

Традиционное воспитание устной речи, как стершееся зубчатое колесо, не захватывало всего механизма естественных сил и импульсов ребенка, не приводило в движение внутреннюю компенсаторную деятельность и вертелось вхолостую. Устная речь, вбиваемая в учеников с классической жесткостью, становилась для глухих официальным языком; все силы техники уходили в мимику. Но задача воспитания только и сводилась к тому, чтобы овладеть этими внутренними силами развития. Если цепной метод Соколянского сделал это, значит, он на деле учитывает силы сверхкомпенсации и овладевает ими. Достигнутые успехи не являются на первых порах верным показателем пригодности метода: это вопрос техники и ее совершенствования, наконец, вопрос практической удачи. Принципиальное значение имеет только одно: физиологическая потребность в речи. Если найден секрет создать потребность, т. е. поставить цель, будет и сама речь.

Для тифлопедагогики такой же смысл и цену имеет установленное Петцельдом положение: возможность знания для слепого есть возможность полного знания обо всем, его понимание есть в основе возможность полного понимания всего (А. Petzeld, 1925). Автор видит характерологическую особенность всей психологии слепого и структуры его личности не только в необычной пространственной ограниченности, но и в обладании полной речью. Из борьбы этих двух сил слагается личность слепого. Насколько это положение будет претворено в жизнь, в каких размерах и в какой срок оно будет осуществлено — вопрос практического развития педагогики, которое зависит от очень многих обстоятельств. Ведь и нормальные дети чаще всего не осуществляют в ходе воспитания всех или даже большей части своих возможностей. Разве пролетарский ребенок достигает той степени развития, которой он мог бы достигнуть? Так и со слепыми. Но для правильного построения даже скромного воспитательного плана чрезвычайно важно снять ограничивающие кругозор пределы, которые якобы самой природой поставлены специальному развитию такого ребенка. Важно, чтобы воспитание взяло курс на социальную полноценность и считало ее реальной и определяющей точкой, а не питалось мыслью об обреченности слепого на неполноценность.

Подведя итоги, остановимся на одном примере. Хотя в последнее время научная критика сильно поработала над разрушением легенды о Е. Келлер, тем не менее ее судьба лучше всего поясняет весь ход развитых здесь мыслей. Один из психологов совершенно верно заметил, что если бы Келлер не была слепоглухонемой, она никогда не достигла бы того развития, влияния и известности, которые выпали на ее долю. Как это понимать?

Во-первых, это значит, что ее серьезные дефекты вызвали к жизни огромные силы сверхкомпенсации. Но это еще не все: ведь ее компенсаторный фонд был беден до крайности. Во-вторых, это означает, что не будь того исключительно счастливого стечения обстоятельств, которое превратило ее дефект в социальные плюсы, она осталась бы малоразвитой и неприметной обывательницей провинциальной Америки. Но Е. Келлер сделалась сенсацией, она стала в центр общественного внимания, она превратилась в знаменитость, в национального героя, в божье чудо для многомиллионного американского обывателя; она сделалась народной гордостью, фетишем. Ее дефект стал для нее социально выгодным, он не создал чувства малоценности. Ее окружили роскошью и славой, даже отдельные пароходы предоставлялись для ее образовательных экскурсий. Ее обучение

сделалось делом всей страны. Ей были предъявлены огромные социальные требования: ее хотели видеть доктором, писательницей, проповедницей — и она ими сделалась. Сейчас почти нельзя отличить то, что принадлежит действительно ей и что сделано для нее по заказу обывателя. Этот факт лучше всего показывает, какую роль сыграл социальный заказ в ее воспитании. Сама Келлер пишет, что родись она в другой среде, она бы вечно сидела во мраке и жизнь ее была бы пустыней, отрезанной от всякого общения с внешним миром (1910). В ее истории все увидели живое доказательство самостоятельной силы и жизни духа, заключенного в телесную темницу. Даже при "идеальных внешних воздействиях на Елену, — пишет один автор", — мы не увидели бы ее редкой книги, если бы живой, мощный, хотя и замуравленный дух ее не рвался бы неудержимо навстречу влиянию извне" (Е. Келлер, 1910, с. 8). Автор, понимающий, что слепоглухонемота есть не только сумма двух слагаемых, что "сущность понятия слепоглухонемоты много глубже" (там же, с. 6), вслед за традицией видит эту сущность в религиозно-спиритуалистическом понимании ее истории. Между тем жизнь Е. Келлер не содержит в себе ничего таинственного. Она наглядно показывает, что процесс сверхкомпенсации всецело определяется двумя силами: социальными требованиями, предъявляемыми к развитию и воспитанию, и сохраненными силами психики. Исключительно высокий социальный заказ, предъявленный к развитию Е. Келлер, и счастливая социальная его реализация в условиях дефекта определили ее судьбу. Ее дефект не только не был тормозом, но стал импульсом и обеспечил развитие. Вот почему прав Адлер, когда советует рассматривать всякий акт в его связи с единым жизненным планом и его конечной целью (А. Adler, 1927). И. Кант полагал, говорит А. Нейер, что мы поймем организм, если будем рассматривать его как разумно сконструированную машину; Адлер советует рассматривать индивида как воплощенную тенденцию к развитию.

В традиционном воспитании детей с дефектами психики нет ни грана стоицизма. Оно расслаблено тенденциями жалости и филантропии, оно отравлено ядом болезненности и слабости. Наше воспитание пресное; оно не задевает ученика за живое; в воспитании нет соли. Нам нужны закаляющие и мужественные идеи. Наш идеал не обкладывать больное место ватой и беречь его всеми мерами от ушибов, а открыть преодолению дефекта, его сверхкомпенсации широчайший путь. Для этого нам нужно усвоить социальную направленность этих процессов. Но в психологическом обосновании воспитания мы начинаем терять грань между воспитанием животного и человеческого детеныша, между дрессурой и истинным воспитанием. Вольтер шутил, что, прочитав Ж.-Ж. Руссо (14), ему захотелось пойти на четвереньках. Вот такое же чувство возбуждает почти вся наша новая наука о ребенке: она часто рассматривает ребенка на четвереньках. Это примечательно, что П. П. Блонский признается: "Я очень люблю беззубого ребенка ставить в позу четвероногого животного: мне лично всегда это очень много говорит" (1925, с. 97). Собственно, только в этой позе наука о ребенке и знает его. А. Б. Залкинд называет это зоологическим подходом к детству (1926). Спору нет: такой подход очень важен; изучить человека как один из видов животного, как высшее млекопитающее, очень важно. Но это не все и даже не главное для теории и практики воспитания.

С. Л. Франк (15), продолжая символическую шутку Вольтера, говорит, что, в противоположность Руссо, природа у Гёте "не отрицает, а прямо требует вертикального положения человека; она зовет человека не назад к упрощенности и первобытности, а вперед к развитию и усложнению человечности" (1910, с. 358). Из этих двух полюсов развитые здесь идеи приближаются к Гёте, а не к Руссо.

Если учение об условных рефлексах рисует горизонталь человека, то теория сверхкомпенсации дает его вертикаль.

### З.Е. М Мастюкова. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция

#### ВИДЫ И ПРИЧИНЫ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ У ДЕТЕЙ. ВИДЫ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ

Психомоторное развитие представляет собой сложный диалектический процесс, который характеризуется определенной последовательностью и неравномерностью созревания отдельных функций, качественным их преобразованием на новом возрастном этапе. При этом каждая последующая стадия развития неразрывно связана с предыдущей.

В основе психомоторного развития лежит генетическая программа, которая реализуется под влиянием различных факторов окружающей среды. Поэтому если ребенок отстает в развитии, прежде всего необходимо учитывать роль наследственных факторов в этом отставании.

Различные неблагоприятные воздействия во внутриутробном периоде развития, во время родов (родовая травма, асфиксия), а также после рождения могут приводить к нарушениям психомоторного развития ребенка.

Для успешной лечебно-коррекционной и педагогической работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, важное значение имеет знание причин и характера нарушений развития.

Хорошо известно, что дети, страдающие одним и тем же заболеванием, по-разному отстают в развитии. Это связано с генотипическими особенностями их центральной нервной системы, с различными влияниями окружающей среды, а также с тем, насколько своевременно поставлен правильный диагноз и начата лечебно-коррекционная и педагогическая работа.

Под *причиной* отклонения в развитии понимают воздействие на организм внешнего или внутреннего неблагоприятного фактора, который определяет специфику *поражения* или *нарушения развития* психомоторных функций.

Известно, что почти любое более или менее длительное неблагоприятное воздействие на развивающийся мозг ребенка может привести к отклонениям в психомоторном развитии. Их проявления будут различны в зависимости от времени неблагоприятного воздействия, т. е. от того, на каком этапе развития мозга оно имело место, его длительности, от наследственной структуры организма и прежде всего центральной нервной системы, а также от тех социальных условий, в которых воспитывается ребенок. Все эти факторы в комплексе определяют *ведущий дефект*, который проявляется в виде недостаточности интеллекта, речи, зрения, слуха, моторики, нарушений эмоционально-волевой сферы, поведения. В ряде случаев может быть несколько нарушений, тогда говорят об *осложненном* или *сложном дефекте*.

Сложный дефект характеризуется сочетанием двух или более нарушений, в одинаковой степени определяющих структуру аномального развития и трудности обучения и воспитания ребенка. Например, сложный дефект имеет место у ребенка с одновременным поражением зрения и слуха, или слуха и моторики и т. п.

При осложненном дефекте возможно выделение ведущего, или главного, нарушения и осложняющих его расстройств. Например, у ребенка с нарушениями умственного развития могут наблюдаться нерезко выраженные дефекты зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, эмоциональные и поведенческие расстройства.

Как ведущий, так и осложняющий дефект могут иметь характер как *повреждения*, так и

*недоразвития*. Нередко наблюдается их сочетание.

Особенностью детского мозга является то, что даже его небольшое поражение не остается частичным, локальным, как это имеет место у взрослых больных, а отрицательно сказывается на всем процессе созревания центральной нервной системы. Поэтому ребенок с нарушением речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата при отсутствии ранних коррекционных мероприятий будет отставать в психическом развитии.

Описанные выше нарушения развития являются *первичными*. Однако наряду с первичными часто имеют место так называемые *вторичные* нарушения, структура которых зависит от характера ведущего дефекта. Так, отставание психического развития у детей с общим системным недоразвитием речи прежде всего будет проявляться в слабости словесной (вербальной) памяти и мышления, а у детей с церебральным параличом — в недостаточности пространственных представлений и конструктивной деятельности.

У детей с недостатками слуха нарушается развитие понимания обращенной речи, с трудом формируются активный словарь и связная речь. При дефектах зрения ребенок испытывает затруднения при соотнесении слова с обозначаемым предметом, он может повторять многие слова, недостаточно понимая их значение, что задерживает развитие смысловой стороны речи и мышления.

Вторичные нарушения в развитии затрагивают прежде всего те психические функции, которые наиболее интенсивно развиваются в раннем и дошкольном возрасте. К ним относятся речь, тонкая дифференцированная моторика, пространственные представления, произвольная регуляция деятельности.

Большую роль в возникновении вторичных отклонений в развитии играет недостаточность или отсутствие ранних лечебно-коррекционных и педагогических мероприятий и особенно психическая депривация. Например, обездвиженный ребенок с детским церебральным параличом, не имеющий опыта общения со сверстниками, отличается личностной и эмоционально-волевой незрелостью, инфантильностью, повышенной зависимостью от окружающих.

Невыявленные отклонения в развитии, например слабо выраженные дефекты зрения и слуха, прежде всего задерживают темп психического развития ребенка, а также могут способствовать формированию вторичных эмоциональных и личностных отклонений у детей. Находясь в массовых дошкольных учреждениях, не имея к себе дифференцированного подхода и не получая лечебно-коррекционной помощи, эти дети длительное время могут пребывать в ситуации неуспеха. В таких условиях у них часто формируется заниженная самооценка, низкий уровень притязаний;

они начинают избегать общения со сверстниками, и постепенно вторичные нарушения все более усугубляют их социальную дезадаптацию.

Таким образом, ранняя диагностика, медицинская и психолого-педагогическая коррекция позволяют добиться значительных успехов в формировании личности детей с отклонениями в развитии.

## **ПРИЧИНЫ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ**

Возникновение аномалий развития связано с действием как разнообразных неблагоприятных факторов внешней среды, так и с различными наследственными влияниями.

В последнее время получены данные о новых наследственных формах умственной отсталости, глухоты, слепоты, сложных дефектов, патологии эмоционально-волевой сферы и поведения, в том числе и раннего детского аутизма (РДА).

Современные достижения клинической, молекулярной, биохимической генетики и цитогенетики позволили уточнить механизм *наследственной патологии*. Через специальные структуры половых клеток родителей — хромосомы — передается информация о признаках аномалий развития. В хромосомах сосредоточены функциональные единицы наследственности, которые носят название генов.

При хромосомных болезнях с помощью специальных цитологических исследований выявляют изменение числа или структуры хромосом, что обуславливает генный дисбаланс. По последним данным, на 1000 новорожденных приходится 5—7 детей с хромосомными аномалиями. Хромосомные болезни, как правило, отличаются сложным или осложненным дефектом. При этом в половине случаев имеет место умственная отсталость, которая часто сочетается с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи. Одним из таких хромосомных заболеваний, затрагивающих прежде всего интеллектуальную сферу и часто сочетающихся с сенсорными дефектами, является синдром Дауна.

Аномалии развития могут наблюдаться не только при хромосомных, но и при так называемых генных болезнях, когда число и структура хромосом остаются неизменными. Ген представляет собой микроучасток (локус) хромосомы, который контролирует развитие определенного наследственного признака. Гены стабильны, но их стабильность не абсолютна. Под влиянием различных неблагоприятных факторов окружающей среды происходит их мутация. В этих случаях мутантный ген программирует развитие измененного признака.

Если мутации возникают в единичном микроучастке хромосомы, то говорят о *монокенных формах аномального развития*; при наличии изменений в нескольких локусах хромосом — о *полигенных формах аномального развития*. В последнем случае патология развития обычно является следствием сложного взаимодействия как генетических, так и внешних, средовых факторов.

В связи с большим разнообразием наследственных заболеваний ЦНС, обуславливающих аномалии развития, их дифференциальная диагностика весьма затруднена. Вместе с тем необходимо отметить, что правильный ранний диагноз заболевания имеет первостепенное значение для проведения своевременных лечебно-коррекционных мероприятий, оценки прогноза развития, а также для предупреждения в данной семье повторного рождения детей с отклонениями в развитии.

Наряду с наследственной патологией нарушения психомоторного развития могут возникать в результате воздействия на развивающийся мозг ребенка различных неблагоприятных факторов окружающей среды. Это — инфекции, интоксикации, травмы и т. п.

В зависимости от времени воздействия этих факторов выделяют *внутриутробную*, или *пренатальную, патологию* (воздействие в период внутриутробного развития); *натальную патологию* (повреждения в родах) и *постнатальную* (неблагоприятные воздействия после рождения).

В настоящее время установлено, что внутриутробная патология часто сопровождается повреждением нервной системы ребенка в родах. Это сочетание в современной медицинской литературе обозначается термином *перинатальная энцефалопатия*. Причиной перинатальной энцефалопатии, как правило, является внутриутробная гипоксия в сочетании с асфиксией и родовой травмой.

Возникновению внутричерепной родовой травмы и асфиксии способствуют различные нарушения внутриутробного развития плода, снижающие его защитные и адаптационные механизмы. Родовая травма приводит к внутричерепным кровоизлияниям и к гибели нервных клеток в местах их возникновения. У недоношенных детей внутричерепные кровоизлияния часто возникают по причине слабости их сосудистых стенок.

Наиболее тяжелые отклонения в развитии возникают при *клинической смерти* новорожденных, которая возникает при сочетании внутриутробной патологии с тяжелой асфиксией в родах. Установлена определенная зависимость между длительностью клинической смерти и тяжестью поражения ЦНС. При клинической смерти более 7—10 минут часто возникают малообратимые изменения со стороны ЦНС с проявлениями в дальнейшем детского церебрального паралича, речевых расстройств, нарушений умственного развития.

Напомним, что тяжелые родовые травмы, гипоксия и асфиксия в родах могут быть как единственной причиной аномального развития, так и фактором, сочетающимся с внутриутробным недоразвитием мозга ребенка.

Среди причин, обуславливающих отклонения в психомоторном развитии ребенка, определенную роль может играть *иммунологическая несовместимость* между матерью и плодом по резус-фактору и антигенам крови.

Резус или групповые антитела, проникая через плацентарный барьер, вызывают распад эритроцитов плода. В результате этого распада из эритроцитов выделяется особое, токсичное для центральной нервной системы вещество — непрямой билирубин. Под влиянием непрямого билирубина в первую очередь поражаются подкорковые отделы мозга, слуховые ядра, что приводит к нарушениям слуха, речи, расстройствам эмоциональной сферы и поведения. Возникает так называемая *билирубиновая энцефалопатия*.

При преимущественно внутриутробных поражениях мозга возникают наиболее тяжелые отклонения в развитии, включающие умственную отсталость, недоразвитие речи, дефекты зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата. Эти сложные дефекты могут сочетаться с пороками развития внутренних органов, которые часто наблюдаются при различных инфекционных, особенно вирусных, заболеваниях беременной женщины. Наиболее тяжелое поражение плода возникает при заболевании матери в первом триместре беременности.

Частота поражения плода при различных вирусных заболеваниях будущей матери неодинакова. Наиболее неблагоприятны в этом отношении краснуха, эпидемический паротит, корь. Поражение плода также может быть и при заболевании беременной женщины инфекционным гепатитом, ветряной оспой, гриппом и др.

У женщин, перенесших во время беременности краснуху, особенно в период эмбриогенеза, т. е. от 4 недель до 4 месяцев, отмечается высокая частота рождения детей с пороками развития мозга, дефектами органов слуха, зрения, а также сердечно-сосудистой системы, иначе говоря у младенцев этих женщин имеет место так называемая *рубеолярная эмбриопатия*.

Внутриутробная патология имеет место при наличии у беременной женщины скрытых (латентных) хронических инфекций, особенно таких, как токсоплазмоз, цитомегалия, сифилис и др. Поражение мозга плода при этих инфекциях часто приводит к умственной отсталости, сочетающейся с нарушениями зрения, опорно-двигательного аппарата, эпилептическими припадками и др.

Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода оказывают также внутриутробные интоксикации, нарушения обмена веществ у беременной женщины.

Внутриутробные интоксикации могут возникать при применении матерью во время беременности лекарственных средств. Доказано, что большинство лекарственных препаратов проходит через плацентарный барьер и проникает в кровеносную систему плода. К таким препаратам относятся нейролептические, снотворные и успокаивающие средства, многие антибиотики, салицилаты и, в частности, аспирин, анальгетики, в том числе лекарства, применяемые при головной боли, и многие другие. Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода могут оказать различные гормональные препараты и даже большие дозы витаминов, препарата кальция. Особенно выражен токсический эффект всех этих

препаратов в ранние сроки беременности.

Особенно неблагоприятное влияние на развивающийся плод оказывает употребление матерью во время беременности алкоголя, наркотических средств, а также курение.

Специальные исследования последних лет показали наличие связи между сроком беременности и характером влияния алкоголя на потомство. Употребление алкоголя будущей матерью в первом триместре беременности, особенно в первые недели после зачатия, как правило, вызывает гибель клеток зародыша, что приводит к грубым порокам развития нервной системы плода. Алкоголизация плода на более поздних сроках беременности вызывает структурные изменения в его нервной и костной системах, а также в различных внутренних органах. Такие системные проявления алкогольного повреждения плода во внутриутробном периоде получили название *алкогольного синдрома плода*. При алкогольном синдроме плода выраженные нарушения психомоторного развития, включающие умственную отсталость, обычно сочетаются с множественными пороками развития: дефектами в строении черепа, лица, глаз, ушных раковин, скелетными аномалиями, врожденными пороками сердца и выраженной дисфункцией со стороны центральной нервной системы.

Установлено, что хронический алкоголизм матери, как правило, сочетается со систематическим курением, более частым употреблением наркотиков и лекарственных препаратов с наркотическим действием. В этих случаях у ребенка наблюдаются явно выраженные отклонения в развитии, сочетающиеся с нарушениями поведения и часто судорожными припадками. Кроме того, многие из этих детей отличаются выраженной физической ослабленностью, низкой жизнеспособностью.

Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода оказывают различные нарушения обмена веществ у беременной женщины, чаще всего возникающие при поздних токсикозах беременности, особенно при нефропатии.

Отрицательное воздействие на развитие плода оказывают также такие заболевания, как сахарный диабет, гормональная недостаточность, различные наследственные болезни обмена веществ, например фенилкетонурия.

Причиной нарушения развития плода могут быть различные физические факторы и в первую очередь ионизирующая радиация, а также действие токов высокой частоты, ультразвука и др. Кроме непосредственного повреждающего действия на мозг плода, эти факторы имеют мутагенное влияние, т. е. повреждают половые клетки родителей и приводят к генетическим заболеваниям.

Нарушения психомоторного развития возникают и под влиянием различных неблагоприятных факторов после рождения. В этих случаях отмечаются *постнатальные отклонения* в развитии, имеющие органическую или функциональную природу.

К причинам органического характера относятся прежде всего различные нейроинфекции — энцефалиты, менингиты, менингоэнцефалиты, а также вторичные воспалительные заболевания мозга, возникающие как осложнения при различных инфекционных детских заболеваниях (кори, скарлатине, ветряной оспе и др.). При воспалительных заболеваниях головного мозга часто имеет место гибель нервных клеток с последующим замещением их рубцовой тканью. Кроме того, в этих условиях может развиваться гидроцефалия с повышением внутричерепного давления (гидроцефально-гипертензионный синдром). Оба этих фактора — гибель нервных клеток и развитие гидроцефалии — способствуют атрофии участков мозга, что приводит к различным отклонениям в психомоторном развитии, которые проявляются в виде двигательных и речевых расстройств, нарушений памяти, внимания, умственной работоспособности, эмоциональной сферы и поведения. Кроме того, иногда наблюдаются головные боли и судорожные припадки.

Черепно-мозговые травмы также могут вызывать органическое повреждение ЦНС. Характер последствий черепно-мозговой травмы зависит от ее вида, обширности и локализации поражения мозга. Однако следует иметь в виду, что при повреждении незрелого мозга нет прямой корреляции между локализацией и тяжестью поражения, с одной стороны, и отдаленными последствиями в аспекте нарушений психомоторного развития, с другой. Поэтому при оценке роли экзогенно-органических факторов в возникновении отклонений в психомоторном развитии необходимо учитывать время, характер и локализацию повреждения, а также особенности пластичности нервной системы ребенка, его наследственную структуру, степень сформированности нервно-психических функций в момент повреждения мозга.

Нарушения психомоторного развития отмечаются у детей с тяжелыми и длительными соматическими заболеваниями. Известно, что многие соматические заболевания у новорожденных и грудных детей могут обуславливать поражение нервной системы в результате нарушений обмена веществ и накопления токсических продуктов, неблагоприятно воздействующих на развивающиеся нервные клетки. Поражение нервной системы при соматических заболеваниях чаще возникает у недоношенных и гипотрофичных детей, а также в случаях внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах.

Так, задержка психомоторного развития различной степени выраженности может наблюдаться у детей с нарушениями кишечного всасывания (мальабсорбции). Нервно-психические отклонения проявляются у них уже с первых месяцев жизни: они отличаются повышенной нервной возбудимостью, нарушениями сна, замедленным формированием положительных эмоциональных реакций, общения со взрослым. В дальнейшем эти дети отстают в умственном и речевом развитии, у них с задержкой формируются все интегративные функции, в частности зрительно-моторная координация.

К функциональным причинам, вызывающим отклонения психомоторного развития, относятся социально-педагогическая запущенность, эмоциональная депривация (недостаточность эмоционально положительного контакта со взрослым), главным образом в первые годы жизни. Известно, что неблагоприятные условия воспитания, особенно в младенческом и раннем возрасте, замедляют развитие коммуникативно-познавательной активности детей. Выдающийся отечественный психолог Л. С. Выготский неоднократно подчеркивал что процесс формирования психики ребенка определяется социальной ситуацией развития.

Нарушения психомоторного развития имеют различную динамику. Наряду со стойкими отклонениями в развитии, обусловленными органическим поражением мозга, наблюдается множество так называемых обратимых вариантов, которые возникают при легкой мозговой дисфункции, соматической ослабленности<sup>TM</sup>, педагогической запущенности, эмоциональной депривации. Эти отклонения могут быть полностью преодолены при условии своевременного проведения необходимых лечебно-коррекционных мероприятий.

Среди таких обратимых форм нарушений в первые годы жизни наиболее часто наблюдаются отставания в развитии моторики и речи.

Следует отметить важность медицинской диагностики таких функциональных расстройств. Только комплексный эволюционный анализ развития ребенка в целом и его неврологических нарушений в частности является основой правильного диагноза и прогноза.

Практика показывает, что многие родители при наличии у детей речевых и двигательных нарушений основное значение придают медикаментозному лечению, явно недооценивая важность коррекционной работы.

В настоящее время установлено, что существует много вариантов функциональных, парциальных (частичных) отклонений, проявляющихся прежде всего в отставании развития речи или моторики, которые обусловлены особенностями созревания мозга. Подход к

лечению и преодолению этих отклонений сугубо индивидуален, и далеко не всем детям показано интенсивное стимулирующее лечение.

## **ВОЗРАСТНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ**

### **ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗРАСТНОГО РАЗВИТИЯ**

Для того чтобы как можно раньше выявить у ребенка отклонения в развитии, важно не только иметь представление об их причинах, но и знать основные закономерности нормального психомоторного развития.

Психическое развитие осуществляется под влиянием биологических и социальных факторов в их неразрывном единстве. Соотношение этих факторов в формировании различных функций неоднозначно. Становление таких жизненно важных функций, как регуляция дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, пищеварения, в основном предопределяется биологическими факторами (генетической программой развития). Формирование же функциональных систем, связанных с высшей нервной деятельностью, в значительной степени обусловлено особенностями социального окружения, обучения и воспитания.

Л. С. Выготским было выдвинуто положение о ведущей роли обучения и воспитания в психическом развитии ребенка. Он подчеркивал, что высшие психические функции (произвольное внимание, активное запоминание, мышление и речь) проходят длительный путь своего формирования и преимущественно зависят от окружающей социальной среды. При этом среда выступает не только как условие, но и как источник развития.

Особенности психического развития в норме и патологии в значительной степени связаны с закономерностями созревания мозга, которое также обусловлено взаимодействием генетических и средовых факторов.

Закономерности развития мозга и созревания функциональных систем определяют преемственность этапов нервно-психического развития ребенка. Это определяется важным принципом эволюции мозга, а именно принципом гетерохронности его развития. Как указывал Л. С. Выготский, каждая психическая функция имеет свой оптимальный этап формирования, который соответствует периоду главенствующего положения этой функции в психике. Интенсивное и неравномерное развитие психических функций в эти периоды обуславливает их повышенную ранимость. Неравномерность созревания проявляется в парциальных (частичных) задержках развития. Например, при нормальном психическом развитии у ребенка может наблюдаться удовлетворительное понимание речи и временное отставание в становлении активной, разговорной речи. Про таких детей родители обычно говорят: «Все понимает, но не говорит». Безусловно, при таком неравномерном развитии речи ребенок должен быть тщательно обследован врачом-психоневрологом и логопедом.

Наряду с неравномерностью созревания отдельных функциональных систем и их звеньев важное значение для нормального психического развития имеет их взаимодействие, иначе не возникнет полноценного соединения систем в единый ансамбль, что приведет к специфическим отклонениям в развитии. Несмотря на различный темп созревания каждой функциональной системы на разных этапах возрастного развития ребенка, его мозг во все периоды жизни работает как единое целое, что предполагает формирование межсистемных связей.

Развитие межсистемных связей в нормальном онтогенезе начинается в первые месяцы жизни ребенка. Затем их развитие осуществляется все интенсивнее. При этом наиболее активно формируются связи с двигательнo-кинестетическим анализатором: поворот головы в

сторону звука — слухо-моторные связи, манипуляции с игрушкой— зрительно-тактильно-кинестетические и зрительно-тактильно-моторные, самоподражание звукам — слухо-вокальные. И наконец, развивается одна из узловых функций первого полугодия жизни — зрительно-моторная координация, которая будет совершенствоваться на протяжении всего дошкольного возраста.

У новорожденного ребенка, наряду с набором первичных врожденных рефлексов, обеспечивающих жизненно важные функции сосания, глотания, дыхания, регуляции мышечного тонуса, отмечается преобладание восприятия контактных раздражений. На различные тактильные раздражители ребенок отвечает общей и местной двигательной реакцией. При этом наиболее развиты у него защитные рефлексы, возникающие при раздражении глаз или области рта. Так, при болевом раздражении в области глаз ребенок замуривает глаза, в области угла рта — поворачивает голову в противоположную сторону. Кроме того, у него хорошо выражены все безусловные рефлексы, связанные с кормлением. Угнетение или чрезмерная выраженность безусловных рефлексов свидетельствуют о поражении нервной системы.

Одним из важных показателей нормального психомоторного развития и формирования межфункциональных связей является, в частности, фиксация взора ребенка на своей руке, которая в норме возникает в возрасте 2—3 месяцев, а затем направление руки к объекту. С 12—13 недель ребенок начинает вскидывать руки на зрительный стимул и направлять их к объекту. Он также направляет руки ко рту, следит за движением своих рук. К 4 месяцам у ребенка формируется реакция активного осязания под контролем зрения. Это проявляется в том, что после зрительного сосредоточения на каком-либо предмете он направляет к нему обе руки и начинает ими водить по этому предмету. В возрасте 5—5,5 месяцев ребенок начинает захватывать предметы.

Зрительно-моторная координация становится узловой функцией с 5-го месяца жизни ребенка. Это проявляется в том, что ребенок тянется к видимому и близко расположенному предмету, контролируя движения руки взглядом. На этом же этапе у ребенка формируются зрительно-тактильно-моторные связи, что проявляется в тенденции тянуть в рот находящуюся в руке игрушку.

Развитие трехзвеньеовой связи типа зрительно-моторно-тактильной служит основой для формирования в дальнейшем манипулятивной и игровой деятельности.

На основе зрительно-моторного манипулятивного поведения у ребенка уже со второго полугодия жизни формируется активная познавательная деятельность.

Уже в процессе наблюдения за ребенком раннего возраста можно отметить те особенности его поведения, которые характерны для отставания психомоторного развития. В особо тяжелых случаях ребенок вообще может не проявлять интереса к окружающему; или же его действия с предметом могут иметь характер стереотипии — длительных и однообразных повторений одних и тех же действий: он однообразно стучит предметом о предмет, раскачивается, размахивает руками перед глазами и т. д. Подобное поведение характерно для детей с различными отклонениями в психическом развитии. Оно может наблюдаться у умственно отсталых детей, а также у детей, страдающих ранним детским аутизмом или задержкой психического развития вследствие эмоциональной депривации.

В основе формирования и развития психики ребенка лежит разнообразная деятельность, взаимодействие с внешним миром, и прежде всего — с окружающими взрослыми

Если у малыша имеется двигательная или сенсорная недостаточность, то у него прежде всего нарушено формирование восприятия предметов окружающего мира. Несформированность предметных действий задерживает становление предметного восприятия. Известно, что предметные действия развиваются по мере совершенствования

общей моторики под контролем зрения. Так, ребенок начинает активно манипулировать с предметами, если он хорошо держит голову, устойчиво сидит и когда у него сохранно зрительное восприятие. Только в этих условиях развивается описанное выше зрительно-моторное манипулятивное поведение. По мере действия с предметами у малыша развивается активное осязание, появляется возможность узнавания предмета на ощупь. Эта функция — стереогноз — имеет важное значение для развития познавательной деятельности. У детей с отклонениями в развитии, особенно при наличии двигательных и зрительных нарушений, спонтанное развитие этой функции нарушено, и необходимы специальные коррекционные занятия по ее формированию.

На каждом возрастном этапе та или иная психическая или моторная функция имеет ведущее (доминирующее) значение в общем поступательном характере психомоторного развития. У ребенка первых месяцев жизни такой функцией является зрительное восприятие. К 3 месяцам ведущую роль в психическом развитии ребенка начинает играть слуховое восприятие.

Реакция на звуковой раздражитель с возможностью локализации звука в пространстве появляется у здорового ребенка в возрасте 7—8 недель, более отчетливо—в 10-12 недель, когда ребенок начинает поворачивать голову в сторону звукового раздражителя. Спустя некоторое время такая же реакция возникает на звучащую игрушку. В возрасте 8—10 недель ребенок поворачивается к источнику звука, расположенному над головой, а к 3 месяцам он быстро локализует звук любого направления не только в положении лежа, но и в вертикальном положении на руках у взрослого.

К 3 месяцам слуховые реакции начинают приобретать доминантный характер: если заговорить с двигательно возбужденным и кричащим ребенком или пограть звучащей игрушкой, он замирает и перестает кричать. Если в момент появления звукового раздражителя ребенок был спокоен или спал, он вздрагивает.

Отсутствие слуховых реакций, их несимметричность либо чрезмерная длительность латентного периода могут указывать на нарушения слуха. Такой ребенок срочно нуждается в специальном обследовании — электрокорковой аудиометрии. При этом следует иметь в виду, что отсутствие или слабость реакций на звуковые раздражители чаще всего обусловлены снижением слуха, в то время как неравномерность реакций на звуки, расположенные с разных сторон, может быть обусловлена и особенностями поведения взрослых. Так, если взрослый подходит к кровати ребенка всегда с одной стороны, то и поворот на звук в эту сторону будет проявляться более четко. Если в этих случаях дать указание родителям о необходимости речевого контакта с ребенком с другой стороны, то быстро можно отметить одинаковость слуховых реакций.

При оценке слуховой функции у ребенка 3—6 месяцев следует обратить внимание на способность локализовать звук в пространстве, избирательность и дифференцированность реакции. Так, ребенок в возрасте 3 месяцев быстро и точно поворачивает голову к источнику звука. Ребенок же в возрасте 5—6 месяцев быстро поворачивает голову к источнику звука только тогда, когда его внимание не отвлечено другими более сильными раздражителями, т. е. если он в этот момент не занимается с игрушкой, не общается со взрослым и т. п. В противном же случае ребенок может вообще не проявить реакции на звук либо отреагировать на него после длительного латентного периода. Это свидетельствует не о снижении уровня звукового восприятия, а о развитии функции активного внимания.

У детей с отклонениями в развитии реакции на звук могут отсутствовать, быть неярко выраженными, фрагментарными или патологическими. Отсутствие реакций наблюдается при глухоте или тяжелой тугоухости, а также при глубокой умственной отсталости и иногда при раннем детском аутизме. Фрагментарность реакции, когда ребенок воспринимает звуковой раздражитель, но не поворачивается к нему, может быть обусловлена двигательными или зрительными дефектами. Снижение реакции проявляется в виде удлинения латентного

периода, ее быстрого угасания. Это имеет место у заторможенных и апатичных детей, а также при раннем детском аутизме. В отличие от тугоухих детей, которые реагируют только на более громкие звуки, для вызывания реакции у этих детей часто необходима повторная стимуляция.

У ребенка, перенесшего родовую травму, асфиксию, особенно при наличии у него повышенного внутричерепного давления, реакция на звуковой стимул часто усилена и возникает очень быстро. Такой ребенок в ответ на любой звуковой раздражитель сильно вздрагивает, кричит, иногда у него появляется дрожание ручек и подбородка. Подобного типа реакция является патологической. Ее длительное сохранение характерно для детей с задержкой психического развития и повышенной возбудимостью нервной системы.

## ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Первый год жизни имеет важнейшее значение в психическом развитии ребенка. Мозг развивается в наиболее высоком темпе. Ребенок, вначале беспомощный, к концу первого года жизни овладевает прямостоянием, ходьбой, предметно-манипулятивной деятельностью, начальным пониманием обращенной речи. Именно в этот период начинается становление речи как средства общения, т. е. формируется сугубо человеческая функция, на развитие которой в эволюции ушли миллионы лет.

В психомоторном развитии ребенка первого года жизни выделяют несколько периодов, на каждом из которых происходит поступательное усложнение довербальных форм общения, составляющих основу для становления речи и мышления (Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова, 1981).

Уже **в первый период — период новорожденности (0—1 мес.)** наряду с набором врожденных приспособительных реакций, играющих основную роль в жизнедеятельности организма, можно с 3—4-й недели жизни выявить начальные предпосылки так называемого коммуникативного поведения: в ответ на обращенный к ребенку ласковый голос или улыбку начинает возникать ротовое внимание — ребенок замирает, его губы слегка вытягиваются вперед, он как бы «слушает» губами. Вслед за этой реакцией появляется улыбка. Уже в период новорожденности можно отметить, что ребенок быстрее реагирует на голос, чем на звучащую игрушку.

Во **втором периоде (1—3 мес.)** у ребенка наряду с интенсивным развитием реакций на зрительные и слуховые раздражители более отчетливо проявляются эмоциональные реакции на общение со взрослым: стабилизируется улыбка, а к концу периода появляется смех. К 3 месяцам у ребенка начинает развиваться выраженная эмоциональная реакция на появление взрослого — «комплекс оживления». Попытка вступить в контакт с ребенком 10—12 недель вызывает у него радостное оживление, повизгивание, вскидывание ручек, перебирание ножками, голосовые реакции. На этом возрастном этапе комплекс оживления возникает при виде как знакомого, так и незнакомого лица.

Своевременное появление и хорошая выраженность комплекса оживления свидетельствуют о нормальном психическом развитии ребенка.

У детей, которые в дальнейшем демонстрируют выраженные отклонения в психическом развитии, комплекс оживления и другие эмоционально-мимические и голосовые реакции на все окружающие стимулы отсутствуют. Недоразвитие отдельных компонентов комплекса оживления, например движений рук или ног (двустороннее или одностороннее), может указывать на поражение двигательной сферы; слабость или отсутствие голосовых реакций или носовой оттенок голоса характерны для поражения речедвигательной мускулатуры, что в дальнейшем может привести к речевым расстройствам.

Отсутствие комплекса оживления или его парадоксальность, например появление страха, крика и других отрицательных эмоций, характерны для детей с эмоциональными нарушениями — ранним детским аутизмом, ранней детской нервностью и другими расстройствами.

Поскольку комплекс оживления формируется в тесной взаимосвязи с развитием зрения и слуха, то при дефектах этих анализаторов он может отсутствовать или проявляться в рудиментарной форме. При врожденной слепоте или глухоте и особенно при сочетании этих дефектов комплекс оживления на данном возрастном этапе отсутствует.

При нерезко выраженном поражении центральной нервной системы у детей, перенесших родовую травму, асфиксию, желтуху новорожденных, а также у недоношенных и незрелых комплекс оживления проявляется в более поздние сроки. Он также может отсутствовать у детей, воспитывающихся в условиях эмоциональной депривации.

**В третьем периоде (3—6 мес.)** реакции, входящие в комплекс оживления, все более дифференцируются. Ребенок старше 4 месяцев при приближении к нему взрослого и при попытке вступить с ним в контакт внимательно всматривается в лицо взрослого, широко открывает глаза и рот, притормаживает общие движения. Таким образом у него проявляется ориентировочная реакция, которая в одних случаях переходит в радостное оживление, а в других сменяется страхом и криком. Следует отметить, что реакция страха на этом возрастном этапе появляется не у всех детей. Это зависит от индивидуальных особенностей ребенка, а также от условий его воспитания и окружения. Чрезмерная же выраженность реакции страха на этом возрастном этапе характерна для детей с повышенной нервной возбудимостью, ранним детским аутизмом. Она может быть первым признаком врожденной детской нервности, легкой мозговой дисфункции, повышения внутричерепного давления при гидроцефалии. Она также характерна для детей с детским церебральным параличом.

Отсутствие дифференциации комплекса оживления на этом возрастном этапе характерно для задержки психомоторного развития, в том числе вследствие недостаточного общения взрослых с ребенком. Дифференциация комплекса оживления раньше происходит у детей, воспитывающихся дома, чем у детей, находящихся в детских учреждениях.

К концу этого возрастного этапа ребенок начинает узнавать мать. Правда, эта реакция еще очень непостоянна и ее появление зависит от многих условий, поэтому ее отсутствие не имеет самостоятельного диагностического значения. Однако если ребенок узнает мать, то это говорит о хорошем психическом развитии ребенка.

Для оценки психического развития на этом возрастном этапе важно проследить, как ребенок реагирует на игрушку. Ведущей формой деятельности в этом возрасте становится манипулирование игрушкой. Ребенок не только длительно фиксирует взор на игрушках и прослеживает за их перемещением, но направляет к ним руки, схватывает их, тянет в рот. Это сопровождается выразительными эмоциональными реакциями: он то улыбается, то хмурится.

К концу периода видоизменяется характер зрительного прослеживания. Если ранее дети следили за предметом не отрывая взгляда, а выпустив предмет из поля зрения, больше к нему не возвращались, то после 5 месяцев ребенок, следя за предметом, как бы «ощупывает» его взглядом; если при этом его внимание переключить на другой предмет (лицо взрослого), то через секунду он может вернуться к активному рассматриванию игрушки. Проявление этой функции — очень важный показатель нормального нервно-психического развития.

В этот период интенсивно развиваются голосовые реакции, которые начинают приобретать некоторую самостоятельность. Наряду с певучим гудением к концу периода появляются лепет, а также избирательность и дифференцированность реакций на звук и способность локализовать звук в пространстве.

В развитии движений рук ведущую роль начинает играть зрительный анализатор: к

концу периода ребенок быстро и точно направляет руку к игрушке, расположенной в поле его зрения.

На следующем этапе развития (**6—9 мес.**) при общении ребенка со взрослым у него отчетливо проявляется ориентировочная реакция, которая сменяется реакцией радостного оживления на знакомые лица и реакцией страха на незнакомые. В некоторых случаях можно наблюдать, как ориентировочная реакция переходит в познавательный интерес, минуя реакцию страха.

Отличительной особенностью психического развития ребенка на этом возрастном этапе является его готовность к совместному со взрослым манипулированию игрушкой. Кроме того, к концу этого этапа у ребенка появляются начальные элементы общения со взрослым с помощью жестов. Он протягивает к взрослому руки, показывая, что хочет на руки, либо тянется руками к далекому предмету, если хочет его получить.

Отклонениями от нормального возрастного развития на этом этапе являются: полное безразличие к общению со взрослым (умственная отсталость, выраженная задержка психического развития, аутизм); общий комплекс оживления и подражательная улыбка вместо ориентировочной реакции и игрового манипулирования (задержка психического развития); чрезмерная выраженность и длительность реакции страха, переходящая в реакцию протеста и препятствующая общению (врожденная детская нервность, аутизм, гипервозбудимость).

Для диагностики отклонений развития на данном возрастном этапе важное значение имеет оценка реакции ребенка на обращенную речь. При нормальном развитии к концу этого этапа ребенок должен проявлять начальное ситуационное понимание обращенной речи, отвечая действием на словесную инструкцию. Например:

он поднимает голову и глаза к лампе на вопрос: «Где огонек?», прижимается щекой к матери на просьбу «Поцелуй маму» и т. п. К концу периода он также обучается игре в «ладушки», ищет спрятанную у него на глазах игрушку.

Закономерным в этом возрасте является появление лепета. При общении со взрослым после того, как преодолена ориентировочная реакция и страх, ребенок начинает произносить цепочки слогов *ба-ба-ба*, *ма-ма-ма*. Если взрослый начнет отвечать ему тем же, голосовая активность ребенка возрастает, появляется радостное оживление и ребенок будет стараться подражать взрослому и самому себе. К 9 месяцам наблюдается расцвет лепета, он обогащается новыми звуками, интонациями и становится постоянным ответом на голосовое обращение взрослого.

При отставании в психическом развитии, при детском церебральном параличе, аутизме, глухоте, выявляемых в дальнейшем тяжелых нарушениях речи лепет отсутствует или проявляется в рудиментарной форме.

**Пятый период** возрастного развития ребенка первого года жизни (**9—12 мес.**) характеризуется прежде всего появлением нового типа общения со взрослым, а именно предметно-действенного. Контакт с ребенком устанавливается и поддерживается с помощью ярких предметов и игрушек, которыми ребенок активно манипулирует. При этом он начинает проявлять избирательное отношение к различным предметам, но у него всегда отчетливо выражена реакция на новизну. Характерной особенностью этого этапа развития является то, что активная ориентировочно-исследовательская деятельность ребенка начинает подавлять реакцию страха на новые раздражители.

Комплекс оживления в этом возрасте при нормальном психическом развитии закономерно угасает. Поэтому его выраженность, даже у недоношенного и ослабленного ребенка, является одним из признаков задержки психического развития.

Для диагностики психического развития ребенка на этом возрастном этапе важное значение имеет комплексная оценка эмоциональных реакций. При отставании в психическом

развитии у ребенка отсутствует адекватная реакция на незнакомого человека, нет интереса к игрушкам, не выражена реакция на новизну, нет познавательных и дифференцированных эмоций. Мимика таких детей однообразна, улыбка носит подражательный характер и возникает в ответ на любое улыбающееся лицо взрослого, у них может наблюдаться недифференцированный комплекс оживления и автоматическое зрительное прослеживание.

У детей с аутизмом предметно-действенное общение со взрослым не развивается. При церебральном параличе обычно отсутствуют выразительные мимические и голосовые реакции, из-за двигательных нарушений ребенок затрудняется в захвате игрушки и взаимодействии со взрослым, но при сохранном интеллекте всегда наблюдается адекватность и избирательность эмоциональных реакций.

Важное значение для диагноза и прогноза отклонений в развитии имеет также выявление реакции ребенка на речевое общение.: Начиная с 9 месяцев дети с нормальным слухом и интеллектом адекватно реагируют на обращение, речь, ее интонацию, откликаются на свое имя, отвечают действием на некоторые знакомые словосочетания типа: «открой рот», «дай ручку» и др. К концу этого периода при слове «нельзя» большинство детей перестает тянуться к какому-либо предмету, т. е. действия ребенка начинают более отчетливо подчиняться словесным командам, что свидетельствует о начале развития регулирующей функции речи. К году ребенок понимает и простую обиходную речь. Однако необходимо отметить, что указанные функции развиваются у ребенка не спонтанно, а лишь в процессе специальных занятий. Поэтому они могут отсутствовать при педагогической запущенности.

Наряду с оценкой понимания речи следует обратить внимание и на произносимые ребенком звуки. Для начала этого этапа развития характерен активный лепет, состоящий из 5—6 слогов. Ребенок эхоталично повторяет слоги, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелодическую схему знакомых фраз, с удовольствием произносит различные звуко сочетания с губными звуками, восклицания, междометия. Все эти звуки он сопровождает выразительной мимикой и жестами.

К концу периода ребенок чаще, чем раньше, обращает внимание на лицо говорящего, кивает головой в знак утверждения и качает головой в знак отрицания. Его голосовое общение со взрослым расширяется, он выражает эмоции удовольствия и неудовольствия. Большинство детей сигнализирует о биологических потребностях и интонационно выражает просьбу.

Качественной особенностью этого периода является начало общения ребенка со взрослым при помощи звуко сочетаний.

В норме на этом этапе у большинства детей кончается доречевой период и начинается развитие речи. Одновременно появляется и новый интерес — рассматривание книг с картинками. В результате специальных занятий ребенок научается узнавать на картинках знакомые предметы, показывать их по инструкции и затем обозначать лепетными словами. Развивается также интерес к ритмам простых песен.

Развитие речевого общения в указанном объеме является показателем хорошего психического развития. При отставании психического развития ребенок на этом возрастном этапе не понимает обращенной речи и не начинает говорить сам. Он также не стремится к предметно-действенному общению со взрослым. Следует отметить, что если у ребенка все позитивные компоненты этого возрастного этапа хорошо выражены, но он не начинает произносить собственные лепетные слова, то это не имеет прямого диагностического значения, так как появление активной речи отличается большими индивидуальными вариациями.

При нормальном психическом развитии к концу этого этапа наблюдается выраженная дифференцированность сенсорных реакций, которые можно оценить, наблюдая за игровыми действиями ребенка. Он радостно играет в прятки, звонит в колокольчик, привлекая

внимание окружающих, играет со своим изображением в зеркале, ищет спрятанный предмет, предпочитает пользоваться звучащими игрушками, начинает применять предметы по их назначению — пить из чашки, есть ложкой и т. п.

Формирование психических функций у ребенка раннего возраста в значительной степени зависит от условий среды и воспитания (в широком смысле). При этом ведущая роль принадлежит общению с матерью. Наши наблюдения показывают, что развитие этой «взаиморегулирующей» системы «мать — ребенок» составляет основу для формирования всех психомоторных функций у здорового ребенка и особенно у детей с отклонениями в развитии.

Роль упражнений анализаторных систем в созревании коры головного мозга была экспериментально доказана многочисленными исследованиями. В частности, еще в 1956 г. Б. Н. Клоссовским и Е. Н. Космарской было показано, что полное одномоментное выключение рецепторов зрительного, слухового и вестибулярного анализаторов у щенков раннего возраста приводит к замедлению роста мозга. Последующие исследования многих авторов показали, что лишение зрительного, слухового, двигательного-кинестетического анализаторов специфических раздражителей в раннем возрасте, особенно в период их интенсивного формирования, ведет к уменьшению величины корковых отделов, в которых осуществляется анализ и синтез этих раздражителей. Таким образом, поскольку созревание мозга после рождения находится в тесной связи с функционированием анализаторов, особо важное значение приобретает ранняя диагностика сенсорных и двигательных дефектов и их своевременная коррекция.

Особо важная роль в психическом развитии ребенка принадлежит речи, причем не только в развитии высших форм логического мышления, но и в формировании восприятия. Речевое недоразвитие обычно сочетается с отставанием в общем психическом развитии.

Наиболее серьезные нарушения в развитии имеют место при сложном дефекте. Так, у детей с церебральным параличом двигательные нарушения часто сочетаются с дефектами зрения, слуха, которые при отсутствии ранней коррекционной работы приводят к отставанию в психическом развитии.

Развитие психики ребенка зависит от его взаимодействия с внешним миром. Специфика сложного дефекта при детском церебральном параличе накладывает ограничения на это взаимодействие, что является одной из причин нарушений психического развития.

У детей с сенсорными и двигательными дефектами не развивается предметное восприятие и с трудом формируются предметные действия.

Мы уже отмечали, что для развития восприятия предметов окружающего мира важное значение имеет согласованность движений руки и глаза. У детей с дефектами зрения, детским церебральным параличом зрительно-моторная координация развита недостаточно.

При нарушениях слуха также создаются неблагоприятные условия для психического развития ребенка. В этих случаях отчетливо выражено отставание в развитии речи, затруднено формирование словесно опосредованных форм памяти, словесно-логического мышления, навыков общения.

Ребенок с двигательными и сенсорными дефектами развивается в условиях своеобразной сенсорной и двигательной депривации.

Для многих детей с отклонениями в развитии характерно задержанное формирование гностических функций. Гнозис представляет собой сложный комплекс аналитико-синтетических процессов, направленных на распознавание объекта как целого и отдельных его характеристик.

Недостаточная сформированность зрительного гнозиса проявляется в трудностях узнавания некоторых изображений, особенно заштрихованных, перевернутых, недорисованных. Специфическим проявлением недостаточности зрительного гнозиса у

детей с отклонениями в развитии является трудность выделения целостного изображения из фона.

Недостаточность слухового гнозиса проявляется в основном в несформированности фонематического восприятия, что задерживает становление понимания речи, звукопроизношения, а в дальнейшем — навыков письма.

У большинства детей с отклонениями в развитии значительно нарушено формирование пространственных представлений. Восприятие пространства — результат совместной деятельности различных анализаторов, среди которых особо важная роль принадлежит двигательнo-кинестетическому. При выраженности пространственных нарушений дети испытывают затруднения при выполнении таких заданий, как сложение разрезных картинок, копирование фигур из палочек, кубиков.

У многих детей с отклонениями в развитии наблюдается недостаточность тонких дифференцированных движений пальцев рук, что задерживает у них развитие предметно-практической деятельности.

## **РОЛЬ РЕЧИ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА**

Характерной особенностью детей с отклонениями в развитии является недостаточность у них знаний и представлений об окружающей действительности. Известно, что в становлении психики важная роль отводится взаимоотношению действия и речи. Хотя действенный анализ и синтез предшествует развитию словесного способа познания, в формировании правильных и осмысленных представлений необходимо участие речи.

Обозначение предмета или явления словом способствует как выявлению каждого из них, так и их объединению. В процессе активного взаимодействия ребенка с окружающим миром у детей формируются комплексные ассоциации, из которых развиваются представления. У детей с двигательными нарушениями формирование комплексных ассоциаций затруднено, поэтому их представления об окружающем не только ограничены, но порой и ошибочны.

Дефекты в развитии речи приводят к трудностям формирования операций сравнения, дифференцированного восприятия объектов. Поэтому у детей с недоразвитием речи обычно имеет место отставание в умственном развитии.

Развитие на первом году жизни сенсомоторных функций и до-вербальной коммуникации является основой формирования речи и мышления. В возрасте от года до трех лет речь начинает занимать центральное место в психическом развитии ребенка.

К 3 годам ребенок общается с окружающими развернутыми фразами. Скачкообразно возрастает его активный словарь. Отмечается выраженная речевая активность, ребенок постоянно комментирует речью свои игровые действия, начинает задавать вопросы взрослым.

Развитие речи на этом возрастном этапе перестраивает все психические процессы ребенка. Именно речь становится ведущим средством общения и развития мышления. К 3 годам ребенок начинает говорить о себе в первом лице, у него формируется чувство «Я», т. е. возможность выделения себя из окружающего мира.

В этот период у ребенка отмечается выраженное стремление к самостоятельности. Попытки же родителей относиться к нему как к малышу вызывают у него чувство протеста. Если родители упорно подавляют самостоятельность ребенка, у него формируются упрямство и стремление все делать наоборот, впоследствии становящиеся правилом.

Если ребенок в возрасте 2,5—3 лет не начинает говорить простые двусловные фразы, он должен быть обязательно проконсульирован у врача (детского невропатолога или

психиатра) и логопеда.

## **ОСОБЕННОСТИ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Нарушения психического развития у ребенка в возрасте от года до 3 лет отличаются большим разнообразием в зависимости от причин и характера поражения центральной нервной системы. Вместе с тем многие формы интеллектуальных, сенсорных, двигательных нарушений проявляются в виде отставания в развитии речи. Диагностика нарушений речевого развития на этом возрастном этапе представляет большие сложности, так как индивидуальные сроки начального развития речи широко варьируют. Следует также учесть, что любое неблагоприятное воздействие на организм ребенка в сензитивный для формирования речи период приводит к речевому недоразвитию. Поэтому любой ребенок с отставанием в речи требует комплексного клинико-психолого-логопедического обследования, а также оценки состояния слуха.

Отставание в развитии речи на этом возрастном этапе может иметь обратимый, функционально-динамический характер. Его следует отличать от системных стойких речевых расстройств у детей с органическим поражением центральной нервной системы, в том числе и с легкой мозговой дисфункцией. Кроме того, отставание в развитии речи может быть одним из начальных проявлений различных нервно-психических заболеваний.

В некоторых случаях на данном возрастном этапе, напротив, может наблюдаться чрезмерно интенсивное и неравномерное развитие речи, что при наличии сопутствующих неблагоприятных факторов может явиться причиной эволютивного возрастного заикания.

Кроме того, у детей с легкой мозговой дисфункцией нередко выявляются различные нарушения развития психомоторики в сочетании с синдромом, гиперактивности.

Особенно важно обратить внимание на наличие регрессивных расстройств психомоторики и речи, которые могут наблюдаться при различных наследственных синдромальных формах нервно-психических заболеваний. Они характерны прежде всего для синдрома раннего детского аутизма. Именно на этом возрастном этапе основные проявления данного синдрома становятся более отчетливыми: отгороженность ребенка от внешнего мира, слабость эмоционального реагирования по отношению к близким, однообразное, стереотипное поведение, непереносимость взгляда в глаза, своеобразные расстройства речи, игры с предметами неигрового назначения, страхи и т. п.

На этом же этапе более отчетливо проявляется синдром «счастливой куклы» — редкое заболевание, впервые описанное в 1965 г. При этом синдроме дети с рождения отстают в психическом развитии. В конце 1-го—начале 2-го года жизни у них развиваются эпилептиформные припадки и появляются приступы смеха и нарушения моторики, напоминающие движения заводной куклы. У таких детей часто наблюдаются дефекты зрительной системы в виде недоразвития сосудистой оболочки глаз, атрофии зрительного нерва и др. Характерны также стабильные отклонения показателей ЭЭГ.

Психические и неврологические заболевания, возникающие к концу раннего возраста (шизофрения, эпилепсия и др.), приводят часто к быстрому распаду сформированных и формирующихся психических функций и в дальнейшем имеют неблагоприятное течение.

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ**

Диагностика отклонений развития основывается на сравнительном анализе общих и специфических закономерностей психического развития нормального и аномального

ребенка.

Диагностика носит комплексный характер, т. е. при ее проведении учитываются данные клинической медицины (детской психоневрологии, медицинской генетики, педиатрии), дефектологии, психологии.

Современный уровень развития медицинской генетики, клинической медицины и психологии позволяет не только диагностировать различные формы отклонений развития (задержка психического развития, общее недоразвитие речи, аномалии развития при различных наследственных заболеваниях нервной системы, детском церебральном параличе и др.) и оценивать степень сформированности высших психических функций, но и выявлять клинические и психологические механизмы нарушений.

Клиническая диагностика играет ведущую роль в решении вопросов лечения, прогноза, медико-генетического консультирования семьи.

На основе анализа специфики аномального развития, патогенетических механизмов нарушения, учета локализации и распространенности поражения центральной нервной системы педагог и психолог могут ориентироваться в структуре дефекта. Такой подход приводит к выделению единого симптомокомплекса нарушений и клинических, педагогических и других закономерностей его развития.

Данные научных исследований в области медицинской генетики, молекулярной биологии, цитогенетики и биохимии, а также клинической медицины показали необходимость пересмотра представлений о причинах и механизмах возникновения многих форм аномального развития и прежде всего умственной отсталости, речевых и сложных дефектов, а также раннего детского аутизма, сочетающегося с различными неврологическими нарушениями. В настоящее время доказано, что эти формы аномального развития имеют различную этиологию, но в большинстве случаев связаны с генетическими заболеваниями.

Диагностика конкретных нервно-психических заболеваний и синдромов у детей с отклонениями в развитии открывает новые перспективы для лечения и психолого-педагогической коррекции этих заболеваний, а также для их предупреждения.

В настоящее время является бесспорным, что диагностика аномального развития — это комплексная клинико-генетическая и психолого-педагогическая проблема. Она направлена на определение степени выраженности психической (интеллектуальной, эмоционально-поведенческой, речевой) недостаточности и на качественную оценку структуры дефекта с выделением основного психопатологического синдрома, на установление связей его с другими клиническими проявлениями, возрастом, соматическим и неврологическим состоянием ребенка. Кроме того, диагностика опирается на данные других параклинических и психолого-педагогических методов обследования.

Важное значение для диагностики и прогноза имеет выявление связи между дизонтогенетическими и энцефалопатическими расстройствами, т. е. признаками нарушенного развития и повреждения различных мозговых структур.

Наличие энцефалопатических расстройств во всех случаях осложняет и утяжеляет ход аномального развития. Чаще всего энцефалопатические расстройства проявляются в виде стойких и выраженных нарушений умственной работоспособности, памяти, внимания, различных нарушений эмоциональной сферы и поведения — неврозоподобных и психопатоподобных синдромов, а также в виде эпилептиформных расстройств.

Важное значение в диагностике аномального развития придается методу системного анализа состояния высших психических функций. Этот метод является чрезвычайно полезным в системе комплексного обследования ребенка при сопоставлении нейропсихологических и неврологических нарушений с данными электрофизиологических и других методов обследования. Роль этого метода очевидна только при учете общих принципов

эволюции мозга, прежде всего принципа гетерохронности (неравномерности) его развития. Например, установлено, что в дошкольном периоде возможен некоторый регресс в становлении отдельных высших психических функций. Так, «зеркальности» графической деятельности в возрасте 5—6 лет может становиться даже более выраженной, что необязательно указывает на локальную недостаточность высших психических функций, а может быть обусловлено особенностями межполушарных взаимодействий.

## ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ И КРИТЕРИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Медицинская диагностика отклонений развития у детей раннего возраста включает общий осмотр, анализ анамнестических данных, а также оценку неврологического, соматического и психического состояния. При этом особое внимание уделяется характеристике эмоционального, интеллектуального, речевого и психомоторного развития.

Наряду с общеклиническим (врачебным) важное значение имеет лабораторное обследование. К лабораторным методам относятся следующие:

*краниография* — рентген черепа;

*электроэнцефалография* (ЭЭГ) — регистрация биотоков мозга;

*метод вызванных потенциалов* (для оценки состояния органов зрения и слуха);

*эхо-энцефалография* (ЭхоЭГ) — позволяет выявить смещение структур мозга под влиянием патологических объемных процессов или гидроцефалии.

В последнее время широко применяются *компьютерная томография*, с помощью которой можно выявить многие врожденные пороки развития, гидроцефалию, отек мозга и другие нарушения, а также *ядерно-магнитно-резонансная томография* мозга, позволяющая получить изображение мозга посредством ядерного магнитного резонанса.

При постановке диагноза для врача прежде всего важна информация, которую он получает от родителей. Данные, касающиеся характеристики родословной по материнской и отцовской линии, особенностей протекания беременности и родов, послеродового периода, начальных этапов психомоторного развития, имеют большое значение для диагностики заболевания, обуславливающего отставание в развитии. С учетом специфики отдельных заболеваний составляются специальные анкеты-опросники для родителей.

В качестве примера мы приводим анкету-опросник при подозрении у ребенка синдрома Ретта.

1. Имелись ли отклонения от нормальной беременности и родов? Нет.
2. Отмечались ли какие-либо ненормальные движения плода (слишком сильные или, напротив, слабые)? Да.
3. Имелись ли у доношенной девочки проявления соматической ослабленности, отставания в росте, весе, окружности головы? Да.
4. Отмечался ли с первых месяцев жизни более замедленный темп психического развития? Нет.
5. Можно ли было в дальнейшем отметить некоторую утрату каких-либо из приобретенных навыков? Да.
6. Отмечалась ли общая мышечная слабость? Да.
7. Имеются ли стереотипные движения руками: хлопанье, потирание, сжимание рук или их заламывание? Да.  
Когда они появились? В 2—4 года.

8. Имеются ли приступы крика, возбуждения, насильственного смеха? Да.
9. Имеется ли недостаточность координации движений, трудности прямостояния и ходьбы? Да.
10. Имеются ли нарушения осанки? Да.
11. Развита ли подражательная деятельность? Нет.
12. Имеется ли общая замедленность и бедность движений? Да.
13. Выражены ли нарушения сна? Да.
14. Имеются ли нарушения речи с периодами полного отказа от речевого общения? Да.
15. Имеется ли игровая деятельность? Нет.
16. Наблюдаются ли приступы учащенного дыхания? Да.
17. Выражено ли отставание в умственном развитии? Да.
18. Проявляет ли девочка привязанность к близким? Да.

**Общий осмотр ребенка.** При общем осмотре обращается внимание на строение черепно-лицевого скелета, особенности лица, шеи, конечностей, наличие ожирения или гипотрофии (отставание в прибавке массы тела), на состояние кожных покровов и слизистых оболочек, волосяного покрова. Важно отметить наличие сенсорных дефектов — нарушений зрения, слуха. Также оценивается состояние сердечно-сосудистой, легочной, желудочно-кишечной и мочеполовой систем.

Внешний осмотр можно начать с лица ребенка. Имеется ряд наследственных заболеваний, для которых характерно своеобразное строение лица. Так, дети, страдающие синдромом *лицо эльфа*, отличаются опущенными вниз припухлыми щеками, маленьким подбородком, большим ртом с полными губами, своеобразным разрезом глаз, припухшими веками, часто встречающимися синеватыми или ярко-голубыми склерами, радужками со «звездчатостью». У них нередко наблюдается сходящееся косоглазие. Обращает на себя внимание форма носа с расширенным и закругленным концом, а также сдавленный с боков лоб (см. рис. 1).

Кукольное лицо с длинными ресницами характерно прежде всего для детей с *амавротической идиотией Тея — Сакса* — наследственным заболеванием, связанным с нарушениями обмена липидов в мозговой ткани и проявляющимся с 5—6 месяцев жизни нарастающим слабоумием, снижением зрения, судорогами, макроцефалией.

*Макроцефалия* (увеличение размера головы) отмечается также и при других наследственных заболеваниях, например мукополисахаридозах, муколипидозах, гликогенозах.



Рис. 1. Ребенок с синдромом Вильямса (лицо эльфа)

*Микроцефалия* является одним из наиболее частых признаков тяжелой умственной отсталости. Считается, что микроцефалия имеет место в тех случаях, когда окружность черепа отстает от возрастной нормы не менее чем на 3 стандартных отклонения.

*Гидроцефалия* характеризуется увеличением размеров головы с диспропорцией между мозговым и лицевым черепом. Гидроцефалия часто сопровождается изменениями глазного дна.

При диагностике микро- и гидроцефалии важно знать основные нормативы окружности головы у детей раннего возраста. Средняя окружность головы при рождении доношенного ребенка составляет 35,5 см. Пределы нормальных вариантов в соответствии с общей массой варьируют от 33,0 до 37,5 см. Окружность головы к 3 месяцам в среднем достигает 40,4 см, пределы нормальных вариантов соответствуют 38,7—43,2 см. В 6 месяцев окружность головы достигает в среднем 43,4 см, при нормальных вариантах в пределах 42,1—45,9 см. В возрасте одного года средняя окружность головы составляет 46,6 см, с пределами нормальных вариантов 44,9—48,9 см. В два года окружность головы в среднем равняется 49,0 см, в три года — 50,0 см. В последующие годы размер головы увеличивается крайне незначительно и составляет к 10 годам в среднем 51—52 см.

При врожденной микроцефалии череп уменьшен в размере с рождения, рост головы крайне замедлен. Черепные швы обычно сужены, роднички закрыты или малых размеров, края их уплотнены. Для микроцефалии характерна специфическая форма черепа с преобладанием лицевой части над мозговой. Врожденная микроцефалия обычно сопровождается множественными аномалиями строения лица и головы (см. рис. 2).

Нередко врожденная микроцефалия сочетается с детским церебральным параличом (см. рис. 2).

Дети, страдающие *синдромом Робинова*, отличаются большой головой, выступающим лбом, уплощенной средней частью лица, широким носом (см. рис. 3). Умственное развитие при этом синдроме обычно нормальное. Характерно выраженное отставание в росте.

Выраженное отставание в росте в сочетании с аномалиями в строении лица и головы и умственной отсталостью типичны для *синдрома Смит—Лемли—Опиту* (см. рис. 4). При этом синдроме обращают на себя внимание множественные лицевые и черепные аномалии в виде удлиненного лица, крупных, низко расположенных ушных раковин и других отклонений.

При общем осмотре кожных покровов важно обратить внимание на особенности пигментации кожи, так как нарушение окраски кожных покровов может быть одним из первых признаков различных наследственных заболеваний нервной системы, обуславливающих нарушения психомоторного развития.

Примером одного из таких заболеваний может быть *синдром Блоха—Сульцберга*. Синдром впервые был описан указанными авторами в 1925 и в 1928 г. Это наследственное заболевание, которое проявляется в виде пигментного дерматоза, неврологических расстройств, нарушений психомоторного развития, часто в сочетании с различными дефектами зрения. В ряде случаев преобладают выраженные речевые расстройства типа моторной алалии.

Данный синдром встречается преимущественно у девочек. С первых дней, а иногда и часов жизни на коже ребенка отмечается множество пузырьков и пузырей с прозрачным, а иногда и мутноватым содержимым. После удаления содержимого на месте пузырьков образуются корочки, а затем — маленькие поверхностные язвочки. Примерно через 3 месяца на конечностях появляются бородавки и лишай. В дальнейшем на животе и конечностях выступают двусторонние симметричные пигментные пятна коричневого цвета.

Кожные изменения обычно сочетаются с различными дефектами зрения, аномалиями пигментации радужки; склеры нередко имеют голубоватый оттенок.

Дефекты зрительной системы разнообразны. При внешнем осмотре ребенка можно отметить косоглазие и нистагм.

Со стороны нервной системы могут отмечаться параличи и парезы, микроцефалия, гидроцефалия, судорожный синдром, что является причиной отставания в психическом (в частности, в речевом) развитии.

Характерен также внешний вид ребенка, своеобразные аномалии в строении лица и черепа (см. рис. 5), а также кистей рук, которые могут напоминать клешни рака.

Нарушения кожной пигментации могут наблюдаться и при других заболеваниях нервной системы.



Рис. 2. Ребенок с врожденной микроцефалией и детским церебральным параличом

Так, появление на 2—3-м месяце жизни гиперпигментированных пятен на открытых частях тела характерно для детей с *синдромом Санктиса—Каккиене*. При этом кожные изменения сочетаются с глубокой умственной отсталостью, микроцефалией, двигательными расстройствами, судорогами. Заболевание является прогрессирующим.

Появляющиеся с рождения сосудистые пятна по ходу ветвей тройничного нерва отличают детей, страдающих *синдромом Стерджа—Вебера* (см. рис. 6). Сосудистые пятна на коже сочетаются с поражением глаз, общей диспластичностью в строении лица и ушей. При данном заболевании часто отмечаются умственная отсталость различной степени выраженности, судорожный синдром, гидроцефалия.



Рис. 3. Ребенок с синдромом Робинова

Депигментированные пятна на коже в сочетании с бледными или розовато-красными узелками, напоминающими просяные зерна и расположенными на лице в виде бабочки и на подбородке, характерны для тяжелого заболевания нервной системы — *туберозного склероза*. При туберозном склерозе имеют место судороги и умственная отсталость.

При осмотре кожных покровов следует обратить внимание на возможность избыточного роста волос — гипертрихоза. Г. С. Маринчевой описана особая форма умственной отсталости, при которой интеллектуальный дефект сочетается с выраженным речевым. При внешнем осмотре этих детей прежде всего обращает на себя внимание усиленный рост волос на теле, особенно на спине, на разгибательных поверхностях конечностей, пушковое оволосение на лбу, щеках.



Рис. 4. Ребенок с синдромом Смит — Лемли — Опитца

У этих детей обычно бледное, пастозное лицо, отечные веки, длинные густые ресницы, широкий нос, толстая оттопыренная нижняя губа, маленький подбородок, слегка недоразвитая нижняя челюсть. У большинства из обследованных наблюдался своеобразный синий цвет глаз, нередко глазные аномалии. Дети отличались и особенностями телосложения: широкими, крупными конечностями, короткой шеей, крупными кистями рук.

Нарушения умственного развития проявлялись не только в виде умственной отсталости, но и в виде задержки психического развития.

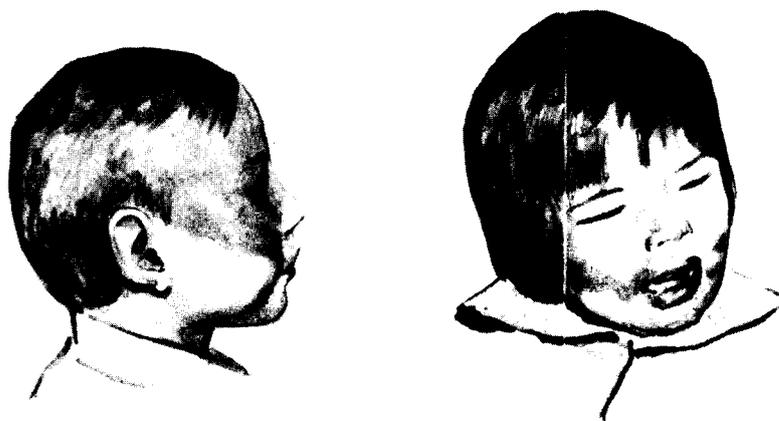


Рис. 6. Ребенок с синдромом Стерджа — Вебера.



Рис. 7. Девочка с рото-лице-пальцевым синдромом



Рис. 8. Ребенок с синдромом Сотоса

Речевые нарушения отличались разнообразием и стойкостью. Во всех случаях они сочетались с низкой речевой активностью и трудностями автоматизации речи.

Общий осмотр предусматривает оценку телосложения ребенка, пропорциональности у него головы, туловища и конечностей. Нарушения пропорций туловища и конечностей характерны для многих наследственных заболеваний, в том числе и хромосомных синдромов. Врач обязательно должен отметить малые аномалии развития (стигмы). Наличие большого числа стигм свидетельствует о нарушении внутриутробного развития. Если у ребенка выявляется 5—7 стигм в области головы, лица, туловища и конечностей, то это дает основание предположить наличие отклонений в эмбриогенезе.

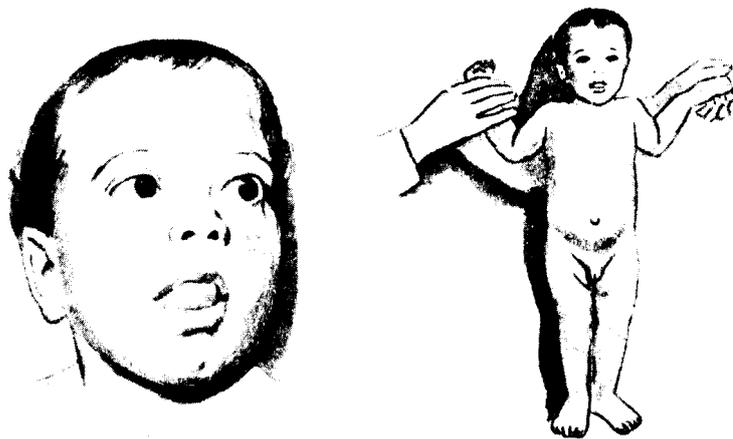


Рис. 9. Ребенок с синдромом Беквита — Видемана

Среди наиболее частых аномалий в строении черепа отмечаются асимметрии, изменения формы, выступающий затылок, дефекты развития лица, особенно верхней и нижней челюсти.

Следует отметить различные изменения в строении глаз и прежде всего такие, как монголоидный их разрез, характерный для синдрома Дауна; антимонголоидный разрез, отличающий некоторые наследственные заболевания; уменьшение их размеров (микрофтальм); узкие глазные щели; изменения радужной оболочки и другие аномалии.

При врожденных пороках развития часто также наблюдаются изменения в строении твердого нёба: высокое, готическое или уплощенное, его расщелины. Обычно патология нёба сочетается с аномалиями развития челюстей и зубов.

Сочетание нескольких пороков развития, включающих аномалии лица, челюсти и пальцев, характерны для *рото-лице-пальцевого синдрома*. Основные признаки: пороки развития лица и конечностей, умственная отсталость, обычно легкой степени выраженности, расщелина нёба, гиперплазия уздечки языка, верхней и нижней губы, широкая спинка носа, эпикант, телекант, иногда микрогнатия и выступающий лоб (см. рис. 7). Наблюдается только у лиц женского пола. Пораженные плоды мужского пола погибают внутриутробно.

Основная структура дефекта — сочетание умственной отсталости с ринолалией и недоразвитием речи.



Рис. 10. Девочка с гипотиреозом

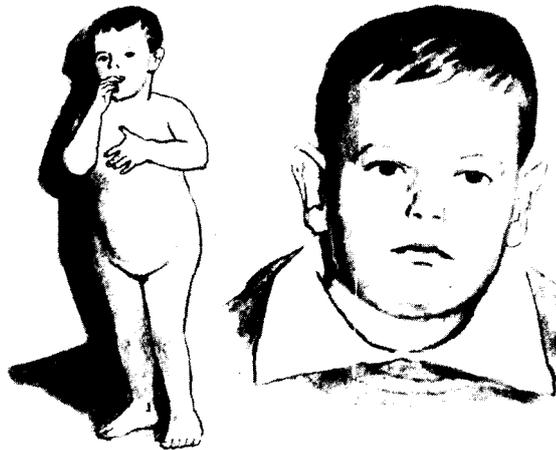


Рис. 11. Мальчик с синдромом Лоуренса-Муна-Барде-Бидля

Существует много наследственно обусловленных форм отклонений в развитии, которые сочетаются с нарушениями роста и телосложения.

Удлиненные конечности и усиленный рост при наличии умственной отсталости характерны для синдрома церебрального гигантизма — *синдрома Сотоса*. Это редкое заболевание неизвестной этиологии. Синдром впервые описан в 1964 г. Характерными его признаками считаются макроцефалия, лицевые и черепные аномалии, нарушения интеллекта и речи. Отмечается задержка речевого развития в сочетании с дизартрией. При внешнем осмотре обращает на себя внимание удлиненное лицо, крупные и удлиненные ушные раковины, большой выпуклый лоб, крупные стопы и кисти рук. Среди дополнительных признаков отмечаются дефекты зрения (см. рис. 8).

Увеличение массы тела и подкожного жирового слоя, отмечаемое с рождения, характерно для *синдрома Беквита—Видемана*. Заболевание впервые описано в 1964 г. Дети с этим синдромом рождаются с массой тела, превышающей 4 кг, и длиной более 52 см. Могут иметь место как умеренная микроцефалия, так и гидроцефалия. Обращает на себя внимание

выступающий затылок, большой лоб (см. рис. 9).

Типичным признаком считается наличие вертикальных бороздок на мочках ушных раковин. Характерно увеличение ряда внутренних органов: печени, почек, поджелудочной железы, реже — сердца. Костный возраст при этом заболевании опережает паспортный. Психическое развитие чаще нормальное, в некоторых случаях отмечается умеренная умственная отсталость. Однако многие дети отстают в речевом развитии.

Отставание в росте и массе тела при наличии нарушений психомоторного развития типично для многих наследственных заболеваний, в том числе эндокринных, например для врожденной недостаточности щитовидной железы — гипотиреоза. При гипотиреозе задержка психомоторного развития сочетается с характерным внешним обликом ребенка: короткая шея, широкий нос, узкие глазные щели, полуоткрытый рот с большим высунутым языком (см. рис. 10). Отмечается также сухая грубая кожа, редкие и ломкие волосы. При некоторых формах гипотиреоза могут наблюдаться нарушения слуха.

Отставание в росте в сочетании с нарушениями психического развития характерно для детей, страдающих *синдромом Хунан*. Обращают на себя внимание некоторые характерные черты лица: низко расположенные ушные раковины со своеобразным складчатым завитком, уменьшение размеров нижней челюсти, нарушения прикуса, косоглазие. Довольно часто имеются кифосколиоз, аномалии позвоночника, может наблюдаться периферический лимфатический отек.

Показательна также деформация локтевых суставов, иногда в сочетании с деформацией кистей и стоп.

К характерным признакам относятся крыловидные складки на шее, аномалии грудной клетки, недоразвитие половых органов у мальчиков, врожденные пороки сердца.

Кроме того, при внешнем осмотре такого ребенка заметны щитообразная грудная клетка с широко расставленными сосками, аномалии позвоночника, отдельные деформации кистей и стоп. Часто отмечаются дефекты зрения.

При обследовании ребенка следует обратить внимание на наличие ожирения. Существует много форм различных нервно-психических заболеваний, сочетающихся с ожирением. Одним из них является *синдром Лоуренса—Муна—Барде—Бидля*. Впервые синдром описан в 1866 г. Синдром встречается одинаково часто у детей обоего пола.

Характерен внешний вид больных: выраженное ожирение лица (вид «полной луны»), груди, живота, ягодиц и бедер. В литературе описаны случаи, когда ребенок 8 лет весил 60 кг. Дети часто рождаются с большим весом и продолжают полнеть (см. рис. 11).

Ожирение сочетается с пигментным ретинитом (дегенерацией пигментного слоя сетчатки), при этом пигмент располагается равномерно. Ретинит обычно появляется поздно, после 10-летнего возраста, а в дальнейшем развивается полная двусторонняя слепота.

Характерным обязательным признаком является проявление гипогенитализма: половые органы и вторичные половые признаки развиваются со значительным отставанием. У мальчиков половой член уменьшен в размерах. У девочек в ряде случаев отмечается первичная аменорея (отсутствие менструации)

Обязательным признаком является также полидактилия (увеличение количества пальцев на кистях и стопах), иногда сочетающаяся с синдактилией (полное или частичное сращение соседних пальцев кисти или стопы).

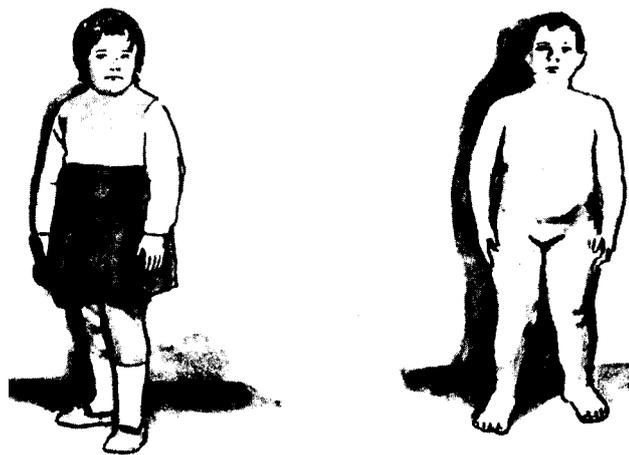


Рис. 12. Ребенок с синдромом Прадера — Вилли

В структуре интеллектуального дефекта постоянно отмечаются проявления психоэндокринного синдрома: слабость побуждений, расстройства настроения, нарушение влечений.

В первые годы жизни отставание умственного развития может проявляться нерезко, но заметна значительная задержка в развитии речи.

В неврологическом статусе постоянными признаками являются горизонтальный нистагм, общая мышечная гипотония, вегето-сосудистая дистония.

Характерна общая дисплазия строения, различные аномалии строения скелета.

К непостоянным проявлениям относятся следующие: нарушения слуха различной степени — глухота, глухонмота; брахи- и микроцефалия; кифоз, сколиоз, кифосколиоз; спастические параличи нижних конечностей.

В ряде случаев наблюдаются нарушения со стороны почек: двусторонний гидронефроз, прогрессирующая недостаточность почек. Встречаются аномалии сердечно-сосудистой системы: незаращение межпредсердной перегородки, артериального протока.

Синдром трудно диагностировать в связи с его полиморфизмом и отсутствием специфической клинической картины при рождении.

Истинная причина заболевания выяснена недостаточно. В большинстве работ данный синдром рассматривается в структуре наследственных болезней жирового обмена. Отметим, что для данного синдрома характерны нарушения не только жирового, но и белкового, и минерального обмена.

Сочетание ожирения с выраженным отставанием в росте, недоразвитием половых органов отличает больных *синдромом Прадера—Вилли*. Заболевание проявляется уже у новорожденного в виде резко выраженного снижения мышечного тонуса. В первые годы жизни развивается ожирение.



Рис. 13. Ребенок с синдромом Мебиуса

При синдроме характерны общие диспластические черты в виде удлиненной формы черепа, деформированных низко расположенных ушных раковин, сходящегося косоглазия, узкого лба, Х-образных ног. У всех больных выявляется умственная отсталость, сочетающаяся с моторным и речевым недоразвитием (см. рис. 12).

Важное место в системе медицинской диагностики отклонений развития отводится **обследованию ЦНС.**

Такое обследование предусматривает оценку состояния органов зрения и слуха, вестибулярного аппарата. При анализе двигательного-рефлекторной сферы особое внимание обращается на функцию языко-глоточного, блуждающего и подъязычного нервов, иннервирующих мускулатуру мягкого нёба, гортани, глотки, языка. Поражение этих нервов, их ядер или направляющихся к ним кортико-нуклеарных путей ведет к нарушениям звукопроизношения, сочетающихся с расстройствами голоса и интонации (*дизартрией*). При дизартрии страдают артикуляция, дыхание и голосообразование.

*Бульбарная дизартрия* возникает при поражении самих нервов или ядерных образований. При бульбарной дизартрии нарушения звукопроизношения обусловлены расстройствами артикуляции и голосообразования. Кроме того, у детей затруднено глотание, снижен глоточный рефлекс, атрофированы мышцы языка.

Бульбарная дизартрия отмечается с рождения у детей с *синдромом Мебиуса.*

Синдром Мебиуса характеризуется врожденным параличом отдельных черепных нервов, чаще лицевого; проявляется в виде затруднений сосания, глотания и движений мимической мускулатуры. Кроме того, может наблюдаться одно- или двусторонний птоз (опущенное верхнее веко), нарушения слезоотделения, атрофия языка и слабость жевания (см. рис. 13). Характерны выраженные и стойкие нарушения звукопроизношения. Эти признаки могут сочетаться с тугоухостью или глухотой, с умственной отсталостью различной степени выраженности.

*Псевдобульбарная дизартрия* имеет место при двустороннем поражении кортико-нуклеарных путей, которые направляются из коры головного мозга к ядрам блуждающего, языко-глоточного и подъязычного нервов. Нарушения звукопроизношения при псевдобульбарной дизартрии сочетаются с повышением тонуса мышц языка, гиперсаливацией, усилением глоточного рефлекса и рефлексов орального автоматизма.

Псевдобульбарная дизартрия может наблюдаться у детей, перенесших родовую травму и асфиксию при рождении, часто она встречается у детей с церебральным параличом.

При **обследовании двигательной сферы** ребенка раннего возраста оценивается состояние безусловных рефлексов и рефлексов позы. Особое внимание уделяется выявлению тонических рефлексов и оценке соответствия реакции выпрямления и равновесия

возрастным нормам. Регистрируется состояние мышечного тонуса и координации движений. Неточность движений, промахивание при попытке коснуться пальцем мелкого предмета, дрожание пальцев при приближении к цели могут иметь место при врожденном недоразвитии мозжечка, мозжечковой форме детского церебрального паралича, травмах головного мозга и некоторых других заболеваниях центральной нервной системы.

Важное значение имеет выявление у детей так называемых непроизвольных движений — гиперкинезов. Они характерны для гиперкинетической формы детского церебрального паралича, некоторых наследственных заболеваний центральной нервной системы.

**Особенности обследования и оценки психических функций.** При обследовании психических функций всегда важно учитывать условия воспитания ребенка, его культурно-бытовое окружение, характер общения. Известно, что психическое развитие осуществляется поэтапно, причем каждый возрастной этап характеризуется своими особенностями. Исследование психических функций включает оценку восприятия, внимания, памяти, интеллекта, эмоциональных реакций, регуляции произвольной деятельности.

Оценка всех этих функций проводится в аспекте их развития и с учетом результатов соматического и неврологического обследования.

Состояние интеллекта оценивается в процессе совместного обследования ребенка детским психиатром, невропатологом, психологом, дефектологом. Предусматривается клинико-психологическое обследование, обучающий психологический эксперимент, а также использование метода педагогической оценки. Обследование включает наблюдение за игровой деятельностью ребенка, за его поведением в различных ситуациях, беседу, предъявление специальных заданий в процессе совместной игровой деятельности с ребенком. Во всех случаях важно выявить, может ли ребенок в соответствии с возрастными нормативами узнавать предметы на картинках, называть их, понимать обращенную речь (оценивается объем пассивного словаря), понимать смысл простой сказки или рассказа, строить конструкции из кубиков или палочек по образцу вместе со взрослым или самостоятельно, ориентироваться в пространстве, различать простые геометрические фигуры (складывать доски Сегена), составлять разрезные картинки. Особенно важно отметить, насколько ребенок способен использовать помощь взрослого в предъявляемых ему заданиях, в какой степени он проявляет собственный познавательный интерес, инициативу, активность, может ли он регулировать свое поведение, концентрировать внимание, какова продуктивность его деятельности. Важно отметить, какие задания ребенок выполняет легче — требующие или не требующие речевой инструкции и речевого ответа.

Цель обучающего эксперимента и педагогической оценки — выявление характера и причин имеющихся затруднений, определение потенциальных возможностей развития интеллекта ребенка.

При обучающем психологическом обследовании оцениваются как произвольные, так и непроизвольные реакции ребенка. Для исследования каждой психической функции подбирается специальный игровой материал, который предъявляется с учетом возраста и специфики поражения.

Психологическое обследование проводится в определенных стандартных условиях. Учитывается объем помощи, оказываемой ребенку в выполнении каждого задания. Такой комплексный метод обследования способствует выявлению качественных особенностей нарушений психического развития, что составляет основу дифференциального диагноза.

Существуют общие требования к обследованию психических функций детей раннего возраста. Каждому ребенку, особенно если он имеет тяжелые нарушения речи, моторики, поведения, необходимо помочь найти адекватные способы общения со взрослым путем игрового контакта; процедура обследования должна заинтересовать малыша, более сложные задания следует подбирать так, чтобы это не требовало от ребенка новых форм ответных

реакций. Формы и характер ответных реакций не должны влиять на общую оценку уровня умственного развития ребенка. Методы обследования следует обязательно подбирать с учетом дефекта. Так, детям с речевыми нарушениями можно давать многие задания с помощью показа, не требуя от них речевого ответа.

При обследовании детей с повышенной нервной возбудимостью, негативизмом, агрессивным или импульсивным поведением вступление с ними в контакт может оказаться невозможным. В этих случаях используется метод наблюдения за поведением и игрой ребенка при специально подобранном для него игровом материале.

Следует учитывать, что у некоторых детей с ранним органическим поражением мозга (например, гидроцефалией) непродуктивность в игровой деятельности и при выполнении специальных заданий может быть обусловлена повышенной психической истощаемостью и связанным с этим низким уровнем мотивации. Ответы этих детей могут отличаться большой неравномерностью. В подобных случаях необходимо дозировать время обследования. Необходимо также стимуляция к выполнению задания, похвала, одобрение. При обследовании детей раннего возраста желательно присутствие матери.

Одной из важных задач обследования является определение уровня развития игры. Оно осуществляется в процессе наблюдения за игровыми действиями ребенка. Если при виде игрушек ребенок самостоятельно не играет, взрослый начинает играть вместе с ним. Особенности действий ребенка во время игры фиксируются в специальном протоколе. Прежде всего отмечается, проявляет ли ребенок интерес к игрушкам, насколько избирателен и стоек этот интерес.

Не менее важным является оценка контактности ребенка со взрослым. Отмечается, устанавливает ли ребенок глазной контакт со взрослым, заинтересован ли он в контакте, поддерживает ли он контакт или проявляет негативизм, радуется похвале или остается равнодушным.

Оценке также подлежит моторика ребенка. При этом особое внимание обращается на целенаправленные и координированные движения рук, отмечается ведущая рука, а также сопутствующие стереотипные движения.

Важно учитывать способы выполнения ребенком заданий с игровым материалом, адекватность действий ребенка. При предъявлении конкретных заданий необходимо опираться на возрастные нормативы их выполнения здоровыми детьми.

Таким образом, на основе комплексной диагностики удастся отграничить различные формы задержки психического развития от умственной отсталости, а при наличии умственной отсталости — определить заболевание нервной системы, которое ее обуславливает.

## **ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ АНОМАЛЬНОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

### **УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ**

#### **Что такое умственная отсталость**

Под умственной отсталостью отечественные специалисты понимают стойкое нарушение психического развития определенной качественной структуры. При умственной отсталости имеет место ведущая недостаточность познавательной деятельности и в первую очередь стойкая выраженная неразвитость абстрактного мышления, процессов обобщения и отвлечения в сочетании с инертностью психических процессов.

В зарубежной литературе существует несколько подходов к определению умственной отсталости, основанных главным образом на данных психометрического исследования.

Выделяют две основные формы умственной отсталости: олигофрению и деменцию.

При *олигофрении* имеет место раннее, обычно внутриутробное, недоразвитие головного мозга, обусловленное наследственными влияниями или различными повреждающими факторами окружающей среды, действующими в период внутриутробного развития плода, во время родов и в течение первого года жизни. При олигофрении отсутствует нарастание интеллектуального дефекта. Особенности проявления интеллектуальной недостаточности связаны лишь с возрастными закономерностями развития ребенка.

Для олигофрении характерно тотальное недоразвитие всех нервно-психических функций с преимущественной недостаточностью абстрактных форм мышления. Интеллектуальный дефект сочетается с нарушениями моторики, речи, восприятия, памяти, внимания, эмоциональной сферы, произвольных форм поведения.

Недоразвитие познавательной деятельности при олигофрении проявляется прежде всего в недостаточности логического мышления, нарушении подвижности психических процессов, инертности мышления. Слабость логического мышления заключается в низком уровне развития обобщения, сравнения предметов и явлений окружающей действительности по существенным признакам, в невозможности понимания переносного смысла пословиц и метафор.

Темп мышления замедлен, характерна инертность психических процессов, отсутствует возможность переноса усвоенного в процессе обучения способа действия в новые условия. Недоразвитие мышления сказывается на протекании всех психических процессов. В восприятии, памяти, внимании страдают прежде всего функции отвлечения и обобщения, т. е. всегда нарушаются компоненты психической активности, связанные с аналитико-синтетической деятельностью мозга. В эмоционально-волевой сфере это проявляется в недостаточности сложных эмоций и произвольных форм поведения.

Интеллектуальный дефект отличается стойкостью, при тяжелых формах выявляется уже с первых месяцев жизни ребенка.

При олигофрении выделяют три степени умственного недоразвития: дебильность, имбецильность и идиотию.

Дебильность является наиболее легкой по степени и наиболее распространенной формой олигофрении (коэффициент интеллекта 50—69). При отсутствии осложняющих интеллектуальную недостаточность расстройств, а также при ранних и адекватных коррекционных мероприятиях социальный прогноз благоприятен.

Более тяжелой степенью олигофрении является имбецильность (коэффициент интеллекта 20—49). При имбецильности грубо нарушена способность к отвлеченной деятельности и к образованию понятий.

Самая тяжелая степень олигофрении—идиотия (коэффициент интеллекта менее 20) — характеризуется грубым недоразвитием всех психических функций.

*Деменция* представляет собой распад более или менее сформированных интеллектуальных и других психических функций, т. е. при деменции имеет место приобретенный интеллектуальный дефект.

В раннем возрасте разграничение деменции и олигофрении представляет большие сложности. Это связано с тем, что любое заболевание или повреждение мозга, приводящее к утрате ранее приобретенных навыков и распаду сформированных интеллектуальных функций, обязательно сопровождается отставанием психического развития в целом. Поэтому в раннем возрасте крайне трудно разграничить приобретенную и врожденную интеллектуальную недостаточность. В связи с этим приобретенный интеллектуальный дефект, связанный с прогрессирующими органическими заболеваниями мозга, с эпилепсией,

шизофренией, начавшимися в первые годы жизни ребенка, имеет сложную структуру, включающую как отдельные черты деменции, так и олигофрении. При преобладании последних говорят об *олигофреноподобных состояниях*.

При возникновении деменции у детей старше трех лет ее отграничение от олигофрении становится более четким.

Для разграничения этих форм интеллектуальных нарушений важно иметь в виду, что при деменции в отличие от олигофрении имеет место период нормального интеллектуального развития.

Кроме того, структура интеллектуальной недостаточности при деменции имеет свои характерные особенности, которые заключаются в неравномерной недостаточности различных познавательных функций.

При деменции может наблюдаться несоответствие между запасом знаний и крайне ограниченными возможностями их реализации.



Рис. 14. Девочка с синдромом Ретта

Характерными признаками деменции являются выраженные нарушения умственной работоспособности, памяти, внимания, регуляции поведения, мотивации. Кроме того, характерны личностные и эмоциональные расстройства: дети часто некритичны, расторможены, эмоции их примитивны.

В раннем возрасте деменция проявляется в виде утраты поздно приобретенных навыков. Например, если деменция возникает у ребенка трех лет, то прежде всего теряется речь, пропадают начальные навыки самообслуживания и опрятности, затем могут утрачиваться и ранее приобретенные навыки — ходьба, чувство привязанности к близким и т. п.

Характерным признаком деменции является появление нецеленаправленного (полевого) поведения, а также общая двигательная расторможенность, аффективная возбудимость, некритичность, иногда с преобладанием повышенного фона настроения.

Одной из форм олигофреноподобного заболевания, включающего в себя черты деменции и олигофрении, является *синдром Ретта*.

Впервые заболевание было описано около 20 лет назад австрийским психиатром А. Реттом. Оно встречается только у девочек с частотой 1:12 500.

Отставание в развитии при синдроме Ретта становится очевидным в возрасте 12—18 месяцев, когда девочка, до тех пор нормально развивавшаяся, начинает терять едва сформировавшиеся речевые, локомоторно-статические и предметно-манипулятивные

навыки.

Характерным признаком данного заболевания является сочетание потери целенаправленных ручных навыков со стереотипными (однообразными) движениями рук в виде их потирания, за-ламывания, «мытья» (см. рис. 14).

Наряду с монотонным потиранием рук у некоторых детей наблюдаются своеобразные движения рук перед грудью или подбородком.

В раннем возрасте отчетливо выявляются двигательные нарушения в виде недостаточности координации движений, трудностей прямохождения и ходьбы. Не имея выраженных параличей и парезов, девочки как бы не умеют пользоваться своими ногами, не все дети самостоятельно ходят.

При синдроме Ретта наблюдаются бледность кожных покровов, постоянно холодные руки и ноги, общая соматическая ослабленность, резко сниженный аппетит, трудности жевания и глотания; девочки долго держат пищу во рту, но не глотают ее. Многих больных приходится кормить, так как сами они не умеют пользоваться ложкой, тем более вилок, хотя все движения в руках сохранены. Эти специфические трудности формирования целенаправленных ручных действий специалистами определяются как «диспраксия развития».

Для синдрома Ретта характерно нарушение осанки, постепенное развитие сколиоза. Позы и движения больных девочек крайне однообразны, моторика неловкая. Они с трудом манипулируют любым предметом, как правило, не играют в куклы и другие игрушки, не обслуживают себя.

Невропатологи обычно отмечают у них сниженный общий мышечный тонус.

Трудности в овладении ходьбой и простейшими предметными действиями, нарушения координации движений, низкий мышечный тонус — типичные черты не только болезни Ретта, но и детского церебрального паралича, поэтому иногда больным длительное время может ставиться ошибочный диагноз ДЦП.

Характерным признаком синдрома Ретта является стойкая недостаточность подражательной деятельности, что в еще большей степени задерживает развитие предметно-практической деятельности и речевого общения.

Лицо больных мало выразительное, «неживое», «несчастное», взгляд часто неподвижный, они могут подолгу смотреть в одну точку перед собой (см. рис. 14).

На фоне однообразной мимики и общей заторможенности наблюдаются приступы насильственного смеха, иногда возникающие по ночам. Часто насильственный смех является предвестником приступов импульсивного поведения или сочетается с ними. Во время приступов тихая заторможенная девочка резко меняется:

она становится неуправляемой, рвет на себе одежду, кусает до крови руки, бросает вещи.

Нередко при синдроме Ретта имеют место судорожные припадки.

Речевое развитие больных девочек значительно задержано. Стойкость отставания в речевом развитии обуславливается в известной степени крайне низкой речевой активностью больных, выраженными нарушениями звукопроизношения, которые усугубляются дефектами в строении зубно-челюстной системы.

Больные девочки с трудом вступают в речевое общение, их ответы односложны и эхололичны. Временами у них наблюдаются периоды частичного или общего мутизма, т. е. отказа от речевого общения. Все это создает впечатление тяжести их речевой патологии. И поэтому вызывает большое удивление, когда эти девочки, находясь в хорошем состоянии, пользуются фразовой речью.

Обычно при синдроме Ретта имеет место выраженная интеллектуальная

недостаточность, которая сочетается с неравномерностью развития мыслительных процессов. Мы в течение многих лет наблюдаем девочку с синдромом Ретта, которая даже в 17 лет не овладела операциями анализа, сравнения и обобщения явлений и предметов окружающего мира. Она не справляется с заданиями на простую классификацию картинок, не может найти лишнюю из четырех картинок, но в то же время выполняет операции сложения и вычитания многозначных чисел.

Дети с синдромом Ретта обычно с трудом овладевают навыками чтения и письма.

Для больных с синдромом Ретта характерен крайне низкий психический тонус, ребенок не может сосредоточиться, его ответы носят импульсивный и неадекватный характер. Это создает впечатление о более низких, чем на самом деле, интеллектуальных возможностях больных.

Интеллектуальная недостаточность при синдроме Ретта значительно утяжеляется эмоциональными расстройствами. Эмоциональная сфера отличается выраженной неравномерностью в проявлениях эмоциональных реакций: имеет место диссонанс между интуитивными и осознанными эмоциональными реакциями. В связи с этим дети могут чутко воспринимать отношение к себе окружающих, настроение близких, проявлять любовь и интерес к классической музыке и вместе с тем не переживать своего состояния.

Важной особенностью детей, страдающих синдромом Ретта, является нарушение общения с окружающими, что может приводить к постановке ошибочного диагноза раннего детского аутизма или шизофрении.

Влияние данного синдрома на продолжительность жизни не установлено, но по некоторым зарубежным данным, некоторые больные уже вступили в свое четвертое десятилетие.

Обследование больных в возрасте 4—22 лет показывает постепенное ухудшение их физического состояния и стабилизацию познавательных возможностей на относительно низком уровне в сочетании с хорошими реакциями на звуковые и зрительные стимулы. В литературе описан когнитивный профиль больных: при относительной сохранности восприятия стимулов имеет место трудность их анализа и реагирования.

Высказывается предположение, что при данном заболевании имеет место генетически обусловленная дисфункция центральной нервной системы, на фоне которой постепенно более выраженными становятся нарушения интеллектуальной, речевой и двигательной сферы.

Дальнейшее изучение данного заболевания будет способствовать пересмотру многих диагнозов глубокой умственной отсталости у девочек, когда структура интеллектуального дефекта имеет олигофреноподобный характер и включает симптомокомплексы как недоразвития, так и распада формирующихся функций.

### **Умственная отсталость при хромосомных аномалиях**

В настоящее время установлено, что одной из частых причин глубокой умственной отсталости являются хромосомные аномалии. Хромосомные формы умственной отсталости составляют около 15,7% от всех ее случаев. Диагностика хромосомных форм умственной отсталости основывается на комплексе показателей, полученных при клиническом и цитогенетическом обследовании. Хромосомные отклонения могут возникать при изменении числа или структуры как аутосом, так и половых хромосом. При аномалиях в системе аутосом умственная отсталость сильно выражена и часто сочетается с различными множественными пороками развития, включающими аномалии в строении лица и черепа, общую диспластичность телосложения, нарушения со стороны внутренних органов, костной системы и т. п.

Среди всех хромосомных аномалий, связанных с изменениями аутосом, чаще других встречается *синдром Дауна* (см. рис. 15). Частота синдрома среди новорожденных составляет 1:700.

В последние годы интенсивно изучается механизм умственной отсталости при данном синдроме. Установлено, что к фактам риска синдрома Дауна относятся возраст матери, частые выкидыши в анамнезе, применение матерью в предыдущие годы различных лекарственных препаратов, в том числе и оральных противозачаточных средств, неблагоприятные факторы внешней среды и прежде всего радиационное излучение.

Внешние признаки синдрома Дауна достаточно специфичны, поэтому его диагностика обычно не вызывает особых затруднений. Заболевание обычно выявляется уже в родильном доме. Прежде всего обращают на себя внимание особенности строения черепа и лица: размеры черепа уменьшены, затылок скошен и уплощен, глазные щели узкие, часто наблюдается нависающее как бы третье веко, лицо плоское, переносица также уплощена, выступают скуловые дуги. К этим признакам добавляются следующие: маленькие и асимметричные ушные раковины, деформированные мочки, толстые, в трещинах губы, полуоткрытый рот, большой язык, характерны разнообразные аномалии зубов, сухость кожи и волос.

Описанные признаки сочетаются с деформациями скелета, аномалиями в строении грудной клетки, конечностей, особенно пальцев рук. Пальцы короткие, мизинец часто искривлен. На ногах увеличены промежутки между первым и вторым пальцами, может отмечаться сращение третьего и четвертого пальцев. Обращает на себя внимание также поперечная складка ладони, а также чрезмерная подвижность суставов, общая мышечная гипотония.

По мере роста ребенка все более отчетливо выявляется характерная для синдрома Дауна приземистая фигура с нарушениями осанки и укорочением конечностей.

Умственная отсталость при синдроме Дауна обычно достаточно глубокая. Мышление детей отличается конкретностью и тугоподвижностью. Абстрактные понятия, счетные операции им часто недоступны.



Рис. 15. Ребенок с синдромом Дауна

Вместе с тем у многих из этих детей наблюдаются сохранная механическая память, наблюдательность, большая подражательность, живость и сохранность эмоциональной сферы. Дети обычно ласковые, добродушные, послушные, им свойственны чувства симпатии, смущения, обиды. Они легко привязываются к тем, кто за ними ухаживает.

Однако у некоторых из них может отмечаться неустойчивость настроения, повышенная раздражительность, иногда злобность.

Нарушения психомоторного развития обнаруживаются при синдроме Дауна уже с первых месяцев жизни. Дети отличаются вялостью, малой активностью, у них задержано формирование всех двигательных и особенно психических функций. Особенно обращает на себя внимание отставание в развитии моторики и речи.

После 3—4 лет они становятся несколько живее, активнее, у них начинает формироваться речь, появляется более дифференцированное отношение к близким. Однако и на этом возрастном этапе речь развивается крайне медленно и с большим трудом, что еще более задерживает психическое развитие ребенка и обоснованно беспокоит родителей.

В настоящее время вопросы речевых нарушений, и особенно процессы восприятия речи, у детей с синдромом Дауна рассматриваются не только в связи с их интеллектуальной недостаточностью, но и в связи с частыми нарушениями слуха. Специально проведенные у таких детей исследования ушной доминантности показали, что у многих из них имеет место доминантность (преобладание) левого уха. В связи с этим высказывается предположение, что дети с синдромом Дауна используют для лингвистической обработки речевой информации менее эффективное правое полушарие.

В последнее время большое внимание уделяется ранней реабилитации детей с синдромом Дауна. Разрабатываются программы психолого-педагогической коррекции, приемы и методы стимуляции доречевого и речевого развития, комплексного лечения.

*Аномалии хромосом 5—15, 18, 22* встречаются значительно реже синдрома Дауна. При этих аномалиях обычно имеет место сложный дефект: интеллектуальное недоразвитие сочетается с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата и др. Дети часто погибают в раннем возрасте из-за общей ослабленности, низкой массы при рождении, нарушений сосания, пороков развития внутренних органов.

Среди этих синдромов наиболее изучен синдром «кошачьего крика», или *синдром Лежена*. Синдром описан автором в 1963 г. Наблюдается он чаще у лиц женского пола. Название синдрома связано с одним из его характерных признаков — специфическим криком, напоминающим кошачье мяуканье. У детей отмечается неправильное развитие гортани: маленький вялый надгортанник, опускаясь над голосовой щелью, обуславливает характерные нарушения голоса. Голосовые связки обычно не изменены.

Кроме особенностей голоса для клинического диагноза важное значение имеет внешний облик ребенка: микроцефалия, круглое лунообразное лицо, косой разрез глаз, низкорасположенные ушные раковины и некоторые другие признаки. Умственная отсталость обычно глубокая, чаще в степени имбецильности.

Сочетание умственной отсталости с аномалиями опорно-двигательного аппарата наблюдается при синдроме Варкани, аномалиях хромосом 9, 10, 11, 12 и других.

*Синдром Орбели* отличается сочетанием умственной отсталости с выраженным отставанием в физическом и моторном развитии, микроцефалией, дефектами внутренних органов, органов зрения и опорно-двигательного аппарата.

Для клинической диагностики данного синдрома важное значение имеет анализ особенностей строения лица и черепа. Лицо асимметричное с широкой, выступающей спинкой носа, рот небольшой, диспластичные верхние резцы, высокое небо, маленький подбородок, ушные раковины большие, часто деформированные. Эти признаки сочетаются с глазной патологией в виде микрофтальмии, колобомы радужки и сетчатки, часто наблюдаются катаракта и ретинобластома.

Также характерны разнообразные аномалии конечностей, прежде всего пальцев, ногтей; нередко отмечаются косолапость, вывихи тазобедренных суставов и др.

Кроме того, для этого синдрома типично недоразвитие половых органов, иногда наблюдается атрезия анального отверстия.

Сочетание умственной отсталости с дефектами зрения и опорно-двигательного

аппарата имеет место при аномалии хромосомы 13.

При аномалии хромосомы 15 характерны умственная отсталость, микроцефалия, двигательная расторможенность, иногда наблюдаются судорожные припадки.

Синдромальные формы олигофрении в сочетании с ожирением, аномалиями в строении лица и пальцев являются признаками субмикроскопических изменений хромосомы 15.

При аномалиях половых хромосом умственная отсталость встречается редко. Считается, что только 1 % всех форм умственной отсталости обусловлен аномалиями половых хромосом.

#### *Аномалии половых хромосом*

*Синдром Шерешевского— Тернера* характерен для лиц женского пола, его частота составляет 1:3000. Среди девочек, страдающих олигофренией, синдром встречается в 2 раза чаще, а еще чаще среди низкорослых женщин с недоразвитием вторичных половых признаков и аменореей.

Следует иметь в виду, что многие больные с данным синдромом имеют нормальный или близкий к норме интеллект, но умственная отсталость у них встречается чаще, чем в общей популяции. Интеллектуальные нарушения обычно сочетаются с отклонениями в эмоционально-волевой сфере, которые с возрастом нарастают по мере появления критики к своему состоянию. Благодушные, спокойные дети становятся более замкнутыми, раздражительными, упрямыми. У некоторых детей наблюдается нескритичность, благодушие.

Диагностика этого синдрома возможна уже в период новорожденности. Девочки рождаются с низкой массой тела, маленького роста, для них характерна отечность кистей и стоп. Важными внешними признаками при диагностике являются следующие: низкий рост волос на шее; шея короткая с крыловидными складками, идущими от сосцевидных отростков к плечам; чрезмерная подвижность кожи на шее. Обращает на себя внимание своеобразие в строении лица и прежде всего антимонголоидный разрез глаз (наружные углы глаз находятся ниже внутренних), низкое расположение ушей, гипомимия, высокое нёбо, маленький подбородок. Важным диагностическим признаком является врожденный порок сердца, более чем в половине случаев наблюдаются дефекты слуха, часто имеются нарушения зрения. Характерны также разнообразные скелетные аномалии: «щитообразная» широкая грудная клетка, гипоплазия или сращение первого и второго шейных позвонков, широкие кисти, укороченные пальцы кистей и стоп и др.

Типичны при отсутствии умственной отсталости проявления психического инфантилизма, которые часто сочетаются с общей вялостью, пассивностью, низкой умственной работоспособностью.

В раннем возрасте синдром следует дифференцировать от гипотрофии другой этиологии, гипотиреоза, синдрома Нунан и от врожденных аномалий развития нехромосомной этиологии.

### **Умственная отсталость при наследственных дефектах обмена**

В настоящее время описано более 600 видов наследственных нарушений обмена. При большинстве из этих заболеваний поражение центральной нервной системы приводит к возникновению так называемого сложного дефекта, т. е. к различным сочетаниям интеллектуальной недостаточности с поражениями двигательной системы, с недоразвитием речи, нарушениями зрения, слуха, с эмоционально-поведенческими расстройствами и судорожными припадками.

Несмотря на то что все эти заболевания имеют характерные клинические проявления, решающее значение для их диагностики имеют данные биохимических исследований. При

врожденных дефектах обмена наряду с поражением ЦНС обычно имеет место Патология сердечно-сосудистой и эндокринной систем, печени, почек, костной системы, органов зрения, слуха и т. п.

Особенностью наследственных нарушений обмена является их прогрессирующее течение, особенно при отсутствии ранней диагностики и своевременных лечебно-коррекционных мероприятий.

В зависимости от характера обменных нарушений выделяют несколько групп этих заболеваний.

Одну из групп составляют болезни, обусловленные нарушениями жирового обмена. При них происходит накопление продуктов обмена жиров в клетках нервной системы и других тканях, что приводит к гибели нервных клеток.

К таким заболеваниям относится *болезнь Тея — Сакса*, описанная в 1881 и 1887 г. Первые признаки болезни проявляются в 4—6 месяцев, когда до того активный и нормально развивающийся ребенок постепенно теряет интерес к окружающему, становится вялым, перестает удерживать голову, не тянется к игрушке, не фиксирует взгляд на окружающих предметах и лицах. При специальном обследовании обнаруживается снижение зрения вплоть до полной слепоты. Затем возникают судорожные приступы и тяжелое слабоумие. Заболевание быстро прогрессирует.

Для диагностики заболевания важное значение имеет обследование глазного дна, которое позволяет выявить характерный признак болезни—вишнево-красное пятно («вишневую косточку»), окруженное серовато-белым ободком; на более поздних стадиях заболевания обнаруживается атрофия диска зрительного нерва. Диагноз подтверждается биохимическим исследованием крови. В настоящее время разработана внутриутробная диагностика болезни Тея—Сакса путем исследования околоплодной жидкости. При наличии заболевания плода показано прерывание беременности.

Примером наследственного заболевания, обусловленного нарушением обмена веществ, входящих в состав соединительной ткани, является *гарголизм*. Название заболевания отражает характерные особенности внешнего облика больных, которые напоминают уродцев (гаргоил), изображенных на соборе Парижской богородицы. Голова больных обычно увеличена в размере, характерны грубые черты лица с нависающим лбом, запавшим переносьем, широко расставленными глазами. У них наблюдаются большой язык и неправильный рост зубов. Они небольшого роста, руки и ноги короткие. Характерны искривления грудной клетки, позвоночника, пупочные и паховые грыжи, увеличение размеров живота. При обследовании внутренних органов отмечается увеличение печени, селезенки, расширение границ сердца.

Больные отстают в психическом и физическом развитии. Степень выраженности снижения интеллекта различна, но во всех случаях наблюдается постепенное ухудшение зрения и слуха.

С помощью биохимических методов исследования было обнаружено, что в основе данного заболевания лежат нарушения обмена особых веществ — мукополисахаридов. Поэтому иначе гарголизм называется мукополисахаридозом.

Такие больные нуждаются в комплексном лечении и наблюдаются у ряда специалистов: педиатра, невропатолога, эндокринолога, ортопеда. Им также показаны лечебная физкультура и занятия с логопедом.

Среди наследственных заболеваний обмена веществ большую группу занимают болезни, связанные с нарушением обмена аминокислот. Большинство из них проявляется уже на первом-втором году жизни в виде кожных аномалий, отставании психомоторного развития, судорог.

Эти нарушения прогрессируют, и в дальнейшем у ребенка обнаруживаются тяжелые

речевые, интеллектуальные, двигательные и эмоциональные отклонения. Их специфика и темп течения заболевания зависят от вида биохимического дефекта. В настоящее время разработаны эффективные методы лечения этих заболеваний путем диетического питания с исключением из пищевого рациона продуктов, содержащих аминокислоты, которые не усваиваются организмом.

Наиболее распространенным видом этих заболеваний является *фенилкетонурия* (ФКУ). 12% от общего числа умственно отсталых детей составляют дети с ФКУ.

При этом заболевании нарушается обмен одной из важных аминокислот — фенилаланина, в связи с недостатком или полным отсутствием необходимого для обмена фермента. Это приводит к накоплению в организме особых токсических веществ, поражающих нервную систему.

Первые признаки заболевания проявляются уже в период новорожденности или несколько позже. Прежде всего обращает на себя внимание внешний вид ребенка: светлые волосы, голубые глаза, слабая пигментация кожи. Кроме того, от больных исходит своеобразный «затхлый мышинный» запах. Дети либо вялые, адинамичные, или, наоборот, чрезмерно беспокойные, постоянно кричат, плохо спят, слабо сосут, много срыгивают.

Отставание в психомоторном развитии выявляется на первом году жизни. Задержано формирование всех двигательных навыков:

ребенок начинает поздно держать голову, сидеть, стоять, ходить. Вначале отставание в моторном развитии проявляется на фоне общей мышечной ослабленности, низкого мышечного тонуса (гипотонии), затем мышечный тонус может повышаться и у ребенка развиваются спастические парезы и параличи. Ребенок обычно с большим опозданием осваивает навык ходьбы, походка у него неустойчивая, выражены нарушения координации движений, могут наблюдаться произвольные движения в отдельных частях тела, в руках, отмечается дрожание пальцев вытянутых рук. Обращает на себя внимание нарастающее косоглазие и мелкие произвольные движения глазных яблок (нистагм).

У многих детей уже в первые месяцы жизни появляются кожные изменения в виде экссудативного диатеза, дерматитов, экземы. Раннее появление экзематозного поражения кожи указывает на более тяжелый характер заболевания.

Прогностически неблагоприятными признаками являются также микроцефалия и судорожные припадки, которые проявляются обычно во втором полугодии жизни.

Кроме того, многие дети отстают в росте.

Во всех случаях нарушено формирование речи, у большинства детей она почти полностью отсутствует в дошкольном возрасте. У других она бедна, односложна, ребенок затрудняется в построении предложений, могут наблюдаться эхолалии и персеверации, т. е. склонность к построению слов или фраз взрослого или повторение одних и тех же собственных слов.

Нарушения психического развития проявляются прежде всего в виде снижения интеллекта, которое у большинства нелеченных больных прогрессирует. При тяжелых формах заболевания у детей не формируются навыки самообслуживания, опрятности. Кроме того, наряду с интеллектуальной недостаточностью выявляются и разнообразные нарушения эмоциональной сферы и поведения. Дети не стремятся к общению, эмоции их бедные и неадекватные, у некоторых из них наблюдаются немотивированные страхи. По особенностям нарушений эмоциональной сферы больные с фенилкетонурией могут напоминать детей с аутизмом.

Нарушения поведения у детей с фенилкетонурией проявляются в виде общей расторможенности, аффективной возбудимости, часто с приступами гнева и агрессивности. Во всех случаях наблюдаются резко выраженные нарушения регуляции своего поведения и функции активного внимания.

Диагноз заболевания ставится на основе исследования содержания фенилаланина в плазме крови и определения избыточного выделения с мочой кетокилот.

Основу лечения составляет специальная диета с ограничением белков, с добавлением углеводов, минеральных солей и витаминов. Широко применяются специальные белковые гидролизаты: лофенолак, кетонил, цимогран, минафен и др. Из рациона питания исключаются все продукты с большим содержанием белка: мясо, яйца, сыр, творог, орехи и др. В строго ограниченном количестве даются молоко и картофель. В питание ребенка включаются такие продукты, как морковь, капуста, помидоры, салат, яблоки, апельсины, мед, варенье. В ходе лечения постоянно проводятся биохимические исследования.

Если в семьях кроме детей с фенилкетонурией имеются и здоровые братья и сестры, то рекомендуется, чтобы они с раннего возраста находились под наблюдением педиатра и детского невропатолога или психиатра.

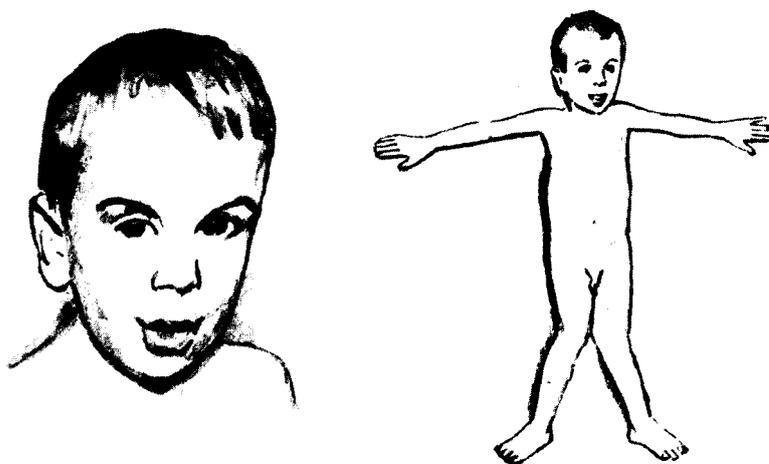


Рис. 16. Ребенок с синдромом Лоу

Существуют и другие наследственные нарушения обмена аминокислот, приводящие к умственным и речевым аномалиям. Так, в основе *гистидинемии* лежит врожденное отсутствие или резкая недостаточность фермента гистидазы, что приводит к повышению содержания в крови гистидина, а последний оказывает токсическое воздействие на центральную нервную систему.

При полном отсутствии фермента заболевание проявляется в первые месяцы жизни и быстро прогрессирует, часто приводя к смертельному исходу.

При малой активности фермента заболевание развивается постепенно и проявляется в виде отставания в умственном и речевом развитии; кроме того, у этих детей часто наблюдаются нарушения слуха. У многих детей отмечаются эмоционально-поведенческие расстройства в виде повышенной возбудимости, агрессивности, страхов.

Внешний облик детей несколько напоминает больных с фенилкетонурией: дети также светловолосые и голубоглазые.

Диагноз подтверждается биохимическими исследованиями.

Основу лечения составляет диетическое питание. Грудное молоко рекомендуется сочетать со специально адаптированными смесями «Малютка», «Малыш», показано добавление в рацион фруктовых соков, затем пюре, киселя. Более старшим детям показан безбелковый хлеб, говяжьи почки, кукурузная мука, картофель, растительное масло, треска. Все продукты животного происхождения включаются в рацион питания очень осторожно, с учетом содержания гистидина в крови.

Выраженные отклонения развития могут наблюдаться и при многих других обменных заболеваниях. Так, в 1952 г. описано врожденное обменное нарушение, при котором глубокая умственная отсталость сочетается с дефектами зрения и почечными аномалиями. Заболевание называется по имени описавшего его автора: *синдром Лоу*, или *глазно-почечно-мозговой синдром* (см. рис. 16). Его основными признаками являются: умственная отсталость; глазные дефекты в виде врожденной катаракты, врожденной глаукомы, необратимых изменений сетчатки и других расстройств, приводящих, как правило, к полной слепоте; резкая мышечная гипотония и нарушения функции почек.

Заболевание проявляется с рождения в виде выраженной мышечной гипотонии со снижением сухожильных рефлексов, которая часто сочетается с врожденной катарактой. Постепенно развиваются почечная недостаточность и особая почечная форма рахита. Первые признаки рахита обычно появляются уже к году. Больные отстают в росте, у них выражены костные и суставные изменения, характерны своеобразные позы.

Обращает на себя внимание вид больных: большая голова с выступающими лобными буграми, удлиненное лицо, большие уши и крючковатый нос, узкие зрачки.

Умственная отсталость с возрастом прогрессирует и часто сочетается с нарушениями поведения в виде двигательной расторможенности; изредка наблюдается судорожный синдром.

Синдром Лоу можно заподозрить по представленным выше клиническим проявлениям, однако окончательный диагноз ставится на основе лабораторного подтверждения.

### **Синдромальные формы умственной отсталости с неуточненным типом наследования**

Среди многих описанных к настоящему времени наследственных заболеваний, характеризующихся умственной отсталостью, наибольшее значение для клинической и дефектологической практики имеют те синдромы, диагностика которых возможна по совокупности множественных врожденных аномалий лица и конечностей, соматоневрологических и психопатологических особенностей. Тип наследования при многих из этих генетических синдромов до сих пор не ясен. Высказываются предположения, что они могут возникать под влиянием целого ряда неблагоприятных факторов, различных сочетаний генетических и средовых влияний; кроме того, иногда выявляются очень тонкие изменения небольших участков хромосом.

Степень выраженности интеллектуальных нарушений при этих синдромах широко варьирует, однако чаще — это глубокая умственная отсталость в степени имбецильности. Как исключение могут наблюдаться относительно легкие формы интеллектуальной недостаточности.

Во всех случаях у детей раннего возраста интеллектуальная недостаточность сопровождается тяжелыми нарушениями речи. При отсутствии ранней коррекционной работы сочетание интеллектуального и речевого дефекта создает крайне неблагоприятные условия для использования компенсаторных возможностей мозга, что отрицательно сказывается на психическом развитии ребенка.

*Синдром Вильямса* (синонимы: синдром «лицо эльфа», синдром надклапанного стеноза аорты и умственной отсталости и др.). Заболевание впервые описано в 1952 году, изначально оно связывалось с повышением уровня кальция в сыворотке крови.

Частота синдрома неизвестна. Поражаются оба пола. Одним из характерных признаков синдрома является внешний облик больных (см. рис. 1). Прежде всего обращает на себя внимание своеобразие лица: опущенные вниз полные щеки, большой рот, полные губы, особенно верхняя, маленький подбородок, широкий, сдавленный в висках лоб, своеобразный

разрез глаз с припухлостью вокруг орбит, сходящееся косоглазие, звездчатая картина радужки, плоское переносье, своеобразная форма носа с закругленным тупым концом. Часто наблюдаются ярко-голубые радужки и синеватые склеры.

Следует помнить, что ни один из этих признаков не является постоянным, но их сочетание создает неповторимый облик больных. Сходство лиц усиливает улыбка, которая еще более подчеркивает своеобразие в строении рта и отечность век.

Характерным признаком считаются также редкие, удлиненные зубы. Родители обращают внимание на позднее прорезывание зубов, повышенную подверженность кариесу. При осмотре отмечается общее их недоразвитие (гипоплазия), уменьшение размеров корней, а также нарушения прикуса и изменения складчатости слизистой оболочки щек.

Характерна специфическая возрастная динамика в изменении лица: нежное детское лицо с возрастом становится все более и более грубым.

При данном синдроме наблюдаются также определенные особенности строения тела и различные нарушения опорно-двигательного аппарата.

В раннем возрасте дети отличаются выраженной соматической ослабленностью, отстают в росте и массе тела. В дальнейшем у многих из них может развиваться тучность. Во всех случаях обращает на себя внимание удлиненная шея, узкая грудная клетка, низкая талия, Х-образные ноги.

Уже у детей раннего возраста наблюдается выраженное плоскостопие с плосковальгусной установкой стоп, иногда имеет место косолапость, типична повышенная разгибаемость суставов.

Частыми признаками синдрома являются врожденные пороки сердца и сосудов.

Во всех случаях интеллектуальная недостаточность сочетается с нарушениями умственной работоспособности, недоразвитием памяти и внимания. Характерны трудности в формировании пространственных представлений, а также специфические особенности эмоционально-волевой сферы и поведения. Некоторые дети отличаются склонностью к аффективным и импульсивным поступкам, аутоагрессивному поведению.

Примерно в 20—25% случаев заболевание осложняется судорожным синдромом. У детей с судорожным синдромом нарушения поведения и степень снижения интеллекта обычно более выражены.

Однако в большинстве случаев дети характеризуются благодушным, веселым нравом, они чрезвычайно внушаемы, доверчивы, дружелюбны, направлены на общение с окружающими. В то же время поведение их мало организовано, они не критичны, не учитывают ситуацию. Многие из них, особенно мальчики, отличаются пугливостью, несамостоятельностью, медлительностью в сочетании с импульсивностью и возбудимостью. Дети с данным заболеванием чрезвычайно чувствительны к одобрению и ласке со стороны взрослых. Опираясь на эти особенности, у них можно сформировать социально принятые нормы поведения.

Во всех случаях имеют место выраженные трудности обучения детей с синдромом Вильямса даже по специальным программам. Это связано не только со снижением интеллекта, но и с особенностями их эмоционально-волевой сферы, нарушениями речи, зрения.

Прогноз в отношении обучения ухудшается при выраженности сопутствующих, типичных для заболевания, разнообразных врожденных пороков внутренних органов и прежде всего сердца, мочеполовой и эндокринной (гипогенитализм) систем. Часто наблюдается надклапанный стеноз аорты или периферический стеноз легочной артерии. Сердечно-сосудистые аномалии наблюдаются у 75% больных с данным синдромом. Отдаленный прогноз заболевания зависит в значительной степени от выраженности сердечно-сосудистой патологии.

Кроме того, для детей с синдромом Вильямса характерны зрительные аномалии: катаракта, колобома, атрофия зрительного нерва и другие, которые значительно снижают остроту зрения.

Для ранней диагностики заболевания наряду с характерным внешним видом ребенка, сердечно-сосудистыми аномалиями важное значение имеют особенности развития детей в первые два года жизни. Дети, как правило, отличаются общей соматической ослабленностью, отстают в физическом и психомоторном развитии. В первые годы у них отмечается резкое снижение аппетита, часто до полного отказа от еды; наблюдаются также упорные рвоты, жажда, запоры, сменяющиеся поносами, общее беспокойство. Это нередко сочетается с обменными нарушениями — повышением уровня кальция и холестерина в сыворотке крови.

К началу 3-го года жизни соматическое состояние детей обычно заметно улучшается и более отчетливо выявляется психомоторное недоразвитие. При большой направленности на общение характерно отставание в раннем речевом развитии. Общительность, дружелюбие ребенка, адекватность его поведения в первые годы жизни могут маскировать интеллектуальную недостаточность. Поэтому многие родители рассматривают своего ребенка как интеллектуально сохранного и объясняют его некоторое отставание недостаточностью речи и моторики, а также болезненностью и ослабленностью на первом году жизни. Наряду с отставанием в развитии речи обращает на себя внимание низкий, как бы охрипший голос ребенка.

Недоразвитие моторики сочетается с низким мышечным тонусом, нарушениями равновесия и координации движений, которые постепенно компенсируются. Однако наличие двигательной недостаточности и отставание в сроках развития статических и локомоторных функций иногда приводят к ошибочной постановке диагноза детского церебрального паралича.

Уже с первых лет жизни у детей с синдромом Вильямса отмечается неравномерная структура нарушенного психического развития. С рождения обращает на себя внимание задержанное развитие интегративных функций, непосредственно связанных с двигательным анализатором, и прежде всего зрительно-моторной координации. Характерна общая моторная неловкость, нарушения координации движений. Дети с трудом и с задержкой овладевают навыками самообслуживания.

В раннем возрасте наблюдается выраженное отставание темпа речевого развития. По нашим наблюдениям, первые слова у детей, страдающих синдромом Вильямса, появлялись к 2,5—3 годам, а фразовая речь — к 4—5 годам.

Уже в этом возрасте дети с интересом прислушиваются к звукам речи, музыке. В среднем и старшем школьном возрасте, располагая крайне ограниченным набором языковых средств, у них наблюдается достаточно высокая речевая активность, хорошая речевая память. Дети легко повторяют речь взрослых, говорят много, но часто невпопад. Характерны стойкие и полиморфные нарушения звукопроизводительной стороны речи, которые проявляются в виде сложной дислалии за счет дефектов зубно-челюстной системы, иногда в сочетании с нерезко выраженными различными формами дизартрии.

По мере роста ребенка все более отчетливо проявляется несоответствие между нормальным развитием коммуникативной функции речи и резкой недостаточностью ее смысловой и регулирующих функций. Характерно, что высокая речевая активность детей, легкость повторения ими отдельных слов и фраз могут в ряде случаев маскировать их интеллектуальную недостаточность. Вместе с тем умственная отсталость различной степени выраженности наблюдается практически во всех случаях. Примерно у 50% больных с данным синдромом имеет место глубокая умственная отсталость (имбецильность), у остальных — дебильность различной степени выраженности. Обращает на себя внимание сочетание умственной отсталости с грубой незрелостью эмоционально-волевой сферы: даже

в старшем дошкольном и школьном возрасте дети не учитывают ситуацию, у них отсутствует самокритика. Их поведение даже у учеников вспомогательной школы часто вызывает насмешки и недоумение, а высказывания с возрастом все больше и больше принимают характер пустого резонерства. Они непосредственны и наивны.

Эмоциональные особенности детей располагают к ним окружающих взрослых. Дети общительны, дружелюбны, обычно ласковы, подчиняются требованиям взрослого. Однако собственная деятельность даже в школьном возрасте остается неорганизованной.

Неравномерность их психического развития проявляется в школьном возрасте в виде различной усвояемости математики и навыков чтения. У всех детей старшего дошкольного и школьного возраста, имеющих умственную отсталость в степени дебильности, отмечены стойкие затруднения при овладении счетом даже на конкретном материале. Вместе с тем эти дети относительно легко усваивали навыки чтения. Удивительной кажется способность этих детей к усвоению чтения при наличии у них выраженной умственной отсталости, сочетающейся с нарушениями зрительно-моторной координации.

Диагностика этой синдромальной формы умственной отсталости обычно не вызывает выраженных затруднений. Характерные особенности строения лица в совокупности с особенностями физического и психического развития, соматической, неврологической и психопатологической симптоматикой являются основанием для постановки диагноза. Диагностика еще более облегчается при наличии врожденных пороков сердца и сосудов и повышенного уровня кальция в крови.

Этиология синдрома Вильямса остается неясной. В большинстве случаев синдром проявляется спорадически. Наследственный характер синдрома подтверждается описанием его у монозиготных (однойцевых) близнецов, а также у братьев и сестер. Кариотип в большинстве случаев при данном синдроме нормальный, однако имеются отдельные сообщения о возможности хромосомных перестроек при данном синдроме.

Вместе с тем высказываются также предположения о наследственной предрасположенности к данному синдрому и о его возникновении при участии неблагоприятных факторов внешней среды. В пользу этого предположения свидетельствует редкость семейных случаев синдрома и преобладание его отдельных случаев.

Существовала точка зрения и о постнатальном поражении нервной и костной систем в связи с особой реакцией ребенка на витамин Д в виде повышения уровня кальция в крови. Однако в последние годы преобладает представление о внутриутробном генезе данного синдрома. Такие признаки, как низкая масса тела при рождении, врожденные пороки, аномалии строения лица, подтверждают гипотезу о внутриутробном происхождении заболевания.

Дети с данным синдромом нуждаются в проведении ранних общеоздоровительных и лечебно-коррекционных мероприятий, которые в раннем возрасте сочетаются с ограничением потребления кальция и витамина Д. Это способствует снижению уровня кальция в крови и уменьшению общего возбуждения ребенка, улучшает его сон и аппетит.

Лечебные мероприятия в первые годы жизни направлены на коррекцию системных сосудистых нарушений и стабилизацию обменных процессов.



Рис. 17. Ребенок с синдромом Корнелии де Ланге

Особо важное значение имеет стимуляция психомоторного развития ребенка и ранняя коррекция нарушенных двигательных функций. В связи с этим показаны общеукрепляющий массаж и лечебная физкультура, направленная на стимуляцию развития статических и локомоторных функций, равновесия и координации движений. Необходимы также специальные упражнения, развивающие тонкие дифференцированные движения пальцев рук и зрительно-моторную координацию.

Дети с синдромом Вильямса нуждаются в ранней логопедической помощи. В раннем возрасте необходимо обогащать их пассивный и активный словарь, стимулировать речевое общение. Однако в дошкольном возрасте основное внимание должно быть уделено развитию смысловой стороны речи; не следует поощрять механическое подражание и речевую активность, лишенную конкретного содержания.

Важно также как можно раньше развивать у ребенка умение действовать по инструкции взрослого.

На протяжении раннего, дошкольного и школьного возраста необходимо стимулировать у детей познавательную активность.

Учитывая относительно хорошую способность к усвоению навыков чтения, уже в старшем дошкольном возрасте следует подбирать для детей специальные задания по соотнесению и запоминанию букв, проводить занятия с магнитной азбукой, а в школьном возрасте целесообразно составлять тексты более сложные, чем для глубоко умственно отсталых детей.

Необходимо уделять должное внимание коррекции косоглазия.

Многие дети с синдромом Вильямса нуждаются также в консультации ортодонта для коррекции зубно-челюстных аномалий.

*Синдром Корнелии де Ланге* (см. рис. 17). Заболевание впервые описано в Голландии в 1933 г. врачом Корнелией де Ланге. Она наблюдала двух девочек из неродственных семей со своеобразным строением лица, умственной отсталостью и избыточным ростом волос на теле (гипертрихоз). Синдром является редким, точная его частота в популяции неизвестна.

Одним из характерных признаков заболевания является сочетание умственной отсталости со своеобразными чертами лица. Прежде всего обращают на себя внимание густые, часто сросшиеся брови, длинные загнутые вверх ресницы, короткий нос с развернутыми вперед ноздрями и вдавленным переносьем, большее по сравнению с обычным расстояние между основанием носа и верхней губой, тонкие губы с опущенными углами; изменена форма черепа и уменьшены его размеры. Больные отстают в росте и массе тела.

Для диагностики синдрома важное значение имеет оценка костно-суставных

деформаций. Частыми являются контрактуры или тугоподвижность в локтевых суставах, искривление мизинца, укорочение второго и отведение первого пальцев рук. Могут наблюдаться также более тяжелые дефекты в строении конечностей с недоразвитием их отдельных сегментов. В некоторых случаях встречаются деформации позвоночника и грудины. Среди пороков внутренних органов преобладают аномалии строения почек.

Как уже отмечалось, характерным признаком синдрома считается усиленный рост волос, особенно выраженный на спине и в поясничной области, а также на наружной поверхности предплечий. Часто наблюдается также мраморность кожи, краснота кончика носа и цианоз носогубной области.

Дети с данным заболеванием обычно рождаются с малым весом и ростом.

При синдроме Корнелии де Ланге нередко различные дефекты зрительной системы: косоглазие, миопия, астигматизм, атрофия зрительного нерва и др.

В первые годы жизни дети отличаются соматической ослабленностью, повышенной восприимчивостью к простудным и инфекционным заболеваниям верхних дыхательных путей; часто болеют бронхитами, пневмониями. С первых месяцев жизни они отстают в физическом и психомоторном развитии.

При данном синдроме во всех случаях наблюдается выраженная умственная отсталость, которая в ряде случаев осложняется судорожными припадками и нарушениями поведения.

Для заболевания характерны системное недоразвитие речи, нерезко выраженные формы дизартрии. Иногда может наблюдаться длительная тенденция говорить о себе в 3-м лице.

Во всех случаях отмечаются выраженные нарушения умственной работоспособности, произвольной регуляции деятельности.

У детей с данным синдромом часто наблюдаются нарушения поведения в виде повышенной аффективной возбудимости, двигательной расторможенности, склонности к истероформным реакциям. У некоторых из них имеет место склонность к самоагрессии, а также к стереотипным формам поведения. В силу тяжести и осложненного характера интеллектуального дефекта обучаемость детей обычно низкая, но вместе с тем рано начатые с ними коррекционные занятия оказывают положительное влияние на дальнейшее психическое развитие ребенка.

Заболевание считается наследственным, но тип наследования окончательно не ясен.

Дети с данным заболеванием с первых месяцев жизни нуждаются в общеоздоровительных мероприятиях, в стимуляции психомоторного развития. Учитывая частоту дефектов зрительной системы, необходима консультация врача-окулиста.

Коррекция поведения осуществляется в ходе воспитания ребенка.

*Синдром Рубинштейна—Тейби.* Заболевание впервые описано в 1963 г. Оно характеризуется множеством дефектов; наиболее частым является сочетание умственной отсталости различной степени выраженности с речевыми нарушениями, черепно-лицевыми и пальцевыми аномалиями, дефектами зрения. У мальчиков, кроме того, часто наблюдается половое недоразвитие. Родители детей с данным заболеванием считают себя здоровыми.

Обычно дети рождаются с нормальной массой и ростом. Однако с первых месяцев жизни у них выявляется значительное отставание в развитии статических и локомоторных функций, отмечается общая соматическая ослабленность, повышенная склонность к респираторным заболеваниям. У родителей с первых месяцев жизни возникают проблемы с кормлением: дети плохо сосут, часто срыгивают, в дальнейшем долго не могут научиться жевать, пить из чашки. Все они значительно отстают от сверстников по росту-весовым показателям. На первом году жизни им часто ставится диагноз рахита и задержки

психомоторного развития.

Особо обращает на себя внимание выраженная задержка до-речевого и ранних этапов речевого развития. Гуление у этих детей обычно выражено слабо, отдельные лепетные звуки появляются лишь после года. Родители обращают внимание на малую интонационную выразительность и грубость голоса ребенка.

Начальные этапы становления речи значительно задержаны: дети долго не понимают обращенной речи (при нормальном слухе), собственная их речь развивается с большим отставанием и обычно после интенсивных логопедических мероприятий.

У всех детей с синдромом Рубинштейна—Тейби наблюдаются характерные внешние признаки: микроцефалия; короткий, похожий на клюв вздернутый нос; густые, низко расположенные брови; низкий рост волос на лбу; антимонолоидный разрез глаз; гипертелоризм; недоразвитие верхней челюсти. Наблюдается также высокое нёбо, иногда его расщелина; высокий лоб; часто деформированные, асимметричные и низко расположенные ушные раковины (см. рис. 18).



Рис. 18. Ребенок с синдромом Рубинштейна — Тейби

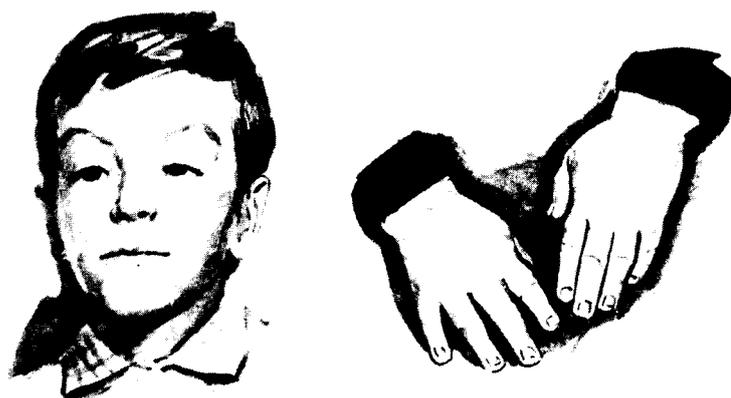


Рис. 19. Лицевые и пальцевые аномалии при синдроме Рубинштейна — Тейби

Для диагностики синдрома важное значение имеет сочетание лицевых аномалий с широкими и короткими пальцами рук и ног. Особенно характерно расширение концевой фаланги первого пальца кисти и стопы (см. рис. 19). Может наблюдаться расширение концевых фаланг и других пальцев, а также синдактилия и полидактилия стоп, иногда и кистей. Характерны и другие костные аномалии: косолапость, врожденные вывихи бедра, а

также различные изменения на коже. Среди последних наиболее часто встречаются гипертрихоз на спине и конечностях, гемангиомы на лбу, спине и затылке, а также различные нарушения пигментации.

Кроме того, для диагностики имеет значение и такой признак, как уплощение ногтей в виде чашечек.

При неврологическом обследовании у детей обычно выявляется косоглазие, снижение мышечного тонуса, нарушения равновесия и координации движений.



Рис. 20. Ребенок с синдромом Дубовитца

Типичным признаком заболевания является задержка роста, которая становится очевидной уже в 2—3 года.

Интеллектуальная недостаточность бывает различной степени выраженности, чаще она глубокая, но следует иметь в виду, что описаны и более легкие формы умственной отсталости и даже случаи сохранного интеллекта.

*Синдром Дубовитца* является редким наследственным заболеванием, которое характеризуется микроцефалией, умственной отсталостью, аномалиями в строении лица, а также поражением кожи. При данном заболевании отмечается также внутриутробная и постнатальная задержка роста.

В 1965 году Дубовитц описал девочку с задержкой роста, микроцефалией, своеобразным лицом и экземой; у нее отмечалась умеренная умственная отсталость и двигательная расторможенность. В дальнейшем это заболевание было описано рядом других авторов.

Основные признаки заболевания проявляются уже с рождения. Это малый рост и вес, уменьшенная окружность головы при доношенной беременности; в среднем эти показатели соответствуют размерам плода на 34-й неделе беременности. Почти у половины обследуемых наблюдается низкий мышечный тонус (гипотония). Психомоторное развитие задержано в различной степени. В отдельных случаях может наблюдаться сохраннный интеллект, но всегда имеют место нарушения поведения в виде двигательной расторможенности и повышенной эмоциональной возбудимости.

Типичными сопутствующими аномалиями при данном заболевании являются деформации зубов, высокое аркообразное твердое нёбо, а также характерные особенности лица: переносье и кончик носа широкие, подбородок как бы отодвинут назад, ушные раковины деформированы, верхние веки слегка опущены (птоз), волосы редкие, обычно белокурые, губы пухлые (см. рис. 20). У детей часто имеет место экзема нижней части лица, сгибательной поверхности рук и локтей. Еще одним диагностическим признаком является высокий пронзительный голос.

К характерным ранним признакам синдрома Дубовитца относятся трудности с кормлением вследствие слабости сосательного рефлекса и псевдобульбарных нарушений, общая соматическая ослабленность, нарушения сна, повышенная возбудимость, которая еще более усиливается за счет заболеваний кожи (экзема с сильным зудом). Характерна повышенная склонность к рецидивам респираторных инфекций. Могут наблюдаться врожденные пороки сердца, болезни почек, крипторхизм. Частыми являются глазные аномалии, в том числе и врожденные катаракты.

Задержанное развитие речи сочетается с достаточно стойкими нарушениями звукопроизношения за счет псевдобульбарной дизартрии.

Психическое развитие не соответствует возрастным нормативам. В большинстве случаев имеет место олигофрения различной степени выраженности (от умеренной дебильности до имбецильности). Олигофрения осложняется за счет нарушений речи, поведения, умственной работоспособности. Для детей в раннем и дошкольном возрасте характерны выраженные нарушения произвольной деятельности, эмоционально-волевая незрелость в сочетании с повышенной внушаемостью. Дети часто благодущны, у них хорошее настроение; как правило, они не критичны к своей несостоятельности.

Двигательная расторможенность нередко сочетается с импульсивностью, склонностью к аффективным вспышкам; иногда наблюдаются проявления аутоагрессивного поведения.

Имеются данные о недостаточности при данном заболевании иммунных функций, о склонности к злокачественным новообразованиям. В литературе описаны случаи анемии и гипоплазии костного мозга.

Во всех известных к настоящему времени случаях синдром наблюдался у представителей белой расы, соотношение полов 1:1. Имеются описания заболевания у братьев и сестер, а также у одно-яйцевых близнецов. Родители больных детей были здоровыми.

### **Умственная отсталость при наследственных заболеваниях, сочетающихся с судорожным синдромом**

*Тубероэпилептический склероз* был описан в 1862 году и выделен самостоятельную форму в 1880 году. Его частота среди умственно отсталых составляет 0,3%.

Это редкое заболевание обычно начинается в раннем детском возрасте, чаще на первом году жизни. Первыми его признаками могут быть судорожные припадки, которые сочетаются с выраженным отставанием в психическом развитии. Заболевание медленно прогрессирует, поэтому любой навык развивается с большим опозданием и одновременно начинает распадаться. Психический регресс наиболее выражен при частых судорожных припадках. Типично выраженное недоразвитие речи и интеллекта; нередко нарушения поведения с проявлениями агрессивности, злобности.

К характерным признакам заболевания относятся разнообразные кожные изменения, которые обычно появляются в возрасте от 2 до 6 лет. На щеках имеют место множественные или единичные бугорки (аденомы слюнных желез), внешне напоминающие юношеские угри; они розового, желтого или красного цвета и располагаются в форме бабочки. Отмечаются и другие кожные изменения в виде пигментированных или депигментированных пятен. В поясничной области часто обнаруживается шероховатость кожи («шагреньевая кожа»).

У детей наблюдаются изменения на глазном дне в виде тутовой ягоды и застойных сосков зрительных нервов. Для диагностики заболевания важное значение имеет электроэнцефалографическое обследование.

Во всех случаях дети с туберозным склерозом нуждаются в медикаментозном лечении:

применяют противосудорожные, успокаивающие препараты, а также средства, снижающие внутричерепное давление.

Своеобразное нарушение психомоторного развития наблюдается у детей с *болезнью Стерджа—Вебера*. Характерным признаком этого заболевания является появление сосудистых опухолей (ангиом) на лице, а также в оболочках мозга. Кроме того, у больных наблюдаются глаукома и судороги (см. рис. 6).

Заболевание обычно проявляется с рождения. Сосудистая опухоль на лице чаще бывает односторонняя, в период новорожденности она бледно-розового цвета, потом постепенно становится более яркой. Рано возникающие судороги способствуют развитию двигательных нарушений. Глаукома образуется на более поздних стадиях заболевания.

Степень умственной отсталости находится в прямой зависимости от частоты судорожных приступов. Интеллектуальный дефект, как правило, сочетается с выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения. Больные легко возбудимы, злопамятны, импульсивны, мстительны. У них наблюдаются прогрессирующие ухудшения памяти, внимания, умственной работоспособности.

Лечение включает в себя применение противосудорожных и общеукрепляющих средств. Имеются данные о положительном влиянии рентгенотерапии на детей старшего возраста.

## ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Наряду с тяжелыми заболеваниями нервной системы, обуславливающими отклонения в развитии, у многих детей могут отмечаться лишь отдельные, нерезко выраженные двигательные нарушения в сочетании с повышенной возбудимостью, двигательным беспокойством, ухудшением сна, аппетита и т. п. Это дети с так называемой *минимальной мозговой дисфункцией*.

Все отклонения со стороны нервной системы у них отличаются изменчивостью. На первом году жизни у некоторых наблюдается отставание темпа психомоторного развития. К 2—3 годам четко выявляется речевое недоразвитие.

У многих детей уже в первые годы жизни обнаруживается двигательная расторможенность — гиперкинетическое поведение. Они крайне неусидчивы, постоянно находятся в движении, вся их деятельность нецеленаправленна, ни одно начатое дело они не могут довести до конца. Появление таких детей всегда вносит беспокойство, они бегают, суетсяя, ломают игрушки. Кроме того, некоторые из них отличаются повышенной эмоциональной возбудимостью, драчливостью, агрессивностью, импульсивным поведением. Большинство детей не способно к игровой деятельности, они не умеют ограничивать свои желания, бурно реагируют на все запреты, отличаются упрямством.

Для многих детей характерна моторная неловкость, у них слабо развиты тонкие дифференцированные движения пальцев рук. Поэтому они с трудом овладевают навыками самообслуживания, долго не могут научиться застегивать пуговицы, зашнуровывать ботинки.

Таким образом, дети с легкой мозговой дисфункцией — это очень полиморфная группа. Их общим свойством является наличие в первые годы жизни так называемых «малых неврологических признаков», которые обычно сочетаются с проявлениями психического дизонтогенеза как в интеллектуальной, так и в эмоционально-волевой сфере, т. е. у детей с легкой мозговой дисфункцией часто имеет место *задержка психического развития (ЗПР)*.

При ЗПР, в отличие от умственной отсталости, имеет место обратимость интеллектуального дефекта. Особенностью задержанного психического развития является

неравномерность нарушений различных психических функций; при этом логическое мышление может быть даже более сохранным по сравнению с памятью, вниманием, умственной работоспособностью и т. п.

Кроме того, в отличие от олигофрении у детей с задержкой психического развития отсутствует инертность психических процессов; они способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные умственные навыки в другие ситуации. С помощью взрослого они могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне. Этим они качественно отличаются от детей с умственной отсталостью.

Для детей с ЗПР характерна низкая познавательная активность.

Особенностью психического развития детей с задержанным развитием в дошкольном возрасте является недостаточность у них процессов восприятия, внимания, памяти.

Недостаточность восприятия обусловлена несформированностью интегративной деятельности мозга и прежде всего нескольких сенсорных систем (зрительной, слуховой, осязательной). Известно, что интегративность — взаимодействие различных функциональных систем — является основой психического развития ребенка.

В связи с недостаточностью интегративной деятельности мозга дети с задержкой психического развития затрудняются в узнавании непривычно представленных предметов (перевернутые или недорисованные изображения, схематичные и контурные рисунки);

им трудно соединить отдельные детали рисунка в единый смысловой образ.

Эти специфические нарушения восприятия у детей с задержкой развития определяют ограниченность и фрагментарность их представлений об окружающем мире.

Недостаточность интегративной деятельности мозга при ЗПР проявляется и в так называемых сенсомоторных нарушениях, что находит свое выражение в рисунках детей. При рисовании по образцу геометрических фигур они не могут передать форму и пропорции, неправильно изображают углы, линии и их соединения.

При выполнении задания *нарисовать фигуру человека* старшие дошкольники допускают много ошибок. На их рисунках заметна диспропорция частей тела, некоторые важные детали изображены примитивно или вовсе отсутствуют.

Таким образом, одной из основных особенностей детей с задержкой психического развития является недостаточность образования связей между отдельными перцептивными и двигательными функциями. Так, ребенок может затрудняться в оценке идентичности форм предметов, воспринимаемых им с помощью осязания и зрения. Он также испытывает затруднения при воспроизведении ритма, воспринимаемого на слух, а также графически или моторно.

Одной из характерных особенностей детей с задержкой в развитии является отставание в развитии у них пространственных представлений, недостаточная ориентировка в частях собственного тела.

Кроме того, в дошкольном возрасте у них нередко наблюдается перекрестная или невыраженная латеральность. По мнению некоторых авторов, среди этих детей отмечается некоторое преобладание леворуких и детей с невыраженной латеральностью.

Характерным признаком детей с задержкой психического развития является недостаточность у них тонкой моторики.

При ЗПР часто наблюдается отставание в развитии речи, а также достаточно стойкие фонетико-фонематические нарушения и расстройства артикуляции. В артикуляционной моторике имеет место недостаточность тонких и дифференцированных движений. Некоторые дети затрудняются в восприятии на слух сходных по звучанию фонем (галка—палка), в результате чего недостаточно понимают обращенную речь.

Характерной особенностью детей с задержкой психического развития является выраженное нарушение у большинства из них функции активного внимания. Рассеянность внимания, усиливающаяся по мере выполнения задания, свидетельствует о повышенной психической истощаемости ребенка.

Кроме того, для многих детей характерен ограниченный объем внимания, его фрагментарность, когда ребенок в определенный момент времени воспринимает лишь отдельные части предъявляемой ему информации. Эти нарушения внимания могут задерживать процесс формирования понятий.

Одной из частых особенностей нарушений внимания у детей с задержкой психического развития является его недостаточная концентрация на существенных признаках. В этих случаях при отсутствии соответствующей коррекционной работы может отмечаться недоразвитие мыслительных операций.

Нарушения внимания особенно выражены при двигательной расторможенности, повышенной аффективной возбудимости, т. е. у детей с гиперактивным поведением. При гиперактивном поведении отмечается общее двигательное беспокойство, неусидчивость, недостаточная целенаправленность, импульсивность. Эти дети раздражительны, взрывчатые, проявляют агрессивность и негативизм, у них часто наблюдается ухудшение сна.

При нарушениях внимания особенно четко проявляется одна из характерных особенностей восприятия детей с задержкой психического развития — трудность выделения фигуры из фона.

Для многих детей с задержкой психического развития характерна своеобразная структура памяти. Это проявляется иногда в большой продуктивности произвольного запоминания. Однако и она всегда ниже, чем у нормально развивающихся сверстников, что связано с более низкой познавательной активностью этих детей.

Недостаточность произвольной памяти у детей с ЗПР в значительной степени связана со слабостью регуляции произвольной деятельности, недостаточной ее целенаправленностью, несформированностью функции самоконтроля. Этими же факторами объясняются характерные нарушения поведения у данной категории детей.

Дети с задержкой развития отличаются, как правило, эмоциональной неустойчивостью. Они с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны колебания настроения и повышенная утомляемость.

Группа детей с задержкой психического развития крайне неоднородна. У одних из них на первый план выступает замедленность становления эмоционально-личностных характеристик и произвольной регуляции поведения, нарушения же в интеллектуальной сфере выражены нерезко. Это дети с различными формами *инфантилизма*. Наиболее отчетливо инфантилизм проявляется к концу дошкольного возраста и в начальной школе. У этих детей задержано формирование личностной готовности к обучению, с трудом формируется чувство долга, ответственности, критичности к своему поведению. Они, как правило, приветливы, общительны, часто повышено оживлены, крайне внушаемы и подражательны, но эмоции их обычно поверхностны и неустойчивы.

При других формах задержки психического развития преобладает недоразвитие различных сторон познавательной деятельности.

Наблюдаются также формы ЗПР, при которых эмоционально-волевая и личностная незрелость сочетается с недостаточностью различных компонентов познавательной деятельности.

## ТЯЖЕЛЫЕ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ

Под *алалией* понимается специфическое языковое недоразвитие, возникающее в результате поражения соответствующих отделов коры головного мозга в доречевом периоде.

Недоразвитие речи при моторной алалии всегда имеет системный характер: оно охватывает фонетико-фонематическую и лексико-грамматическую стороны речи и сочетается с выраженными нарушениями ее коммуникативной функции. При алалии не развито речевое подражание, вследствие чего нарушена отраженная речь, т. е. затруднено повторение слогов, слов и особенно предложений. Нарушение организации звуковых единиц в линейную последовательность проявляется в недостаточности или отсутствии лепета, а в дальнейшем — в своеобразных нарушениях слоговой структуры слов и в специфических трудностях при построении предложений. На каждом возрастном этапе в зависимости от уровня речевого развития эти нарушения проявляются в разных формах.

При моторной алалии на всех возрастных этапах отмечается выраженное недоразвитие произносительной (экспрессивной) речи при более сохранном ее понимании (импрессивная речь).

Для алалии характерно нарушение ритмической стороны речи: ребенок говорит медленно, с паузами между слогами и словами, слова часто произносит по слогам. Грубо нарушена речевая интонация. Дети не улавливают и не воспроизводят с помощью выстукивания или хлопков ритмический рисунок слова или предложения.

Ребенок не может правильно повторять слышимые им слова, причем характерны различные варианты искажений одних и тех же слов.

Пассивный словарь увеличивается очень медленно, и долгое время он ограничен словами обиходно-бытовой тематики. Дети часто неправильно понимают значения слов.

Моторная алалия тормозит процесс формирования фразовой речи. Дети с большим трудом овладевают грамматическим строем родного языка.

Такое системное недоразвитие речи при алалии не может не отразиться на психическом развитии ребенка.

Психическое развитие детей, страдающих моторной алалией, характеризуется своей неравномерностью. В раннем и дошкольном возрасте эти дети обычно проявляют интерес к игрушкам, играм, хорошо ориентируются в быту, владеют навыками самообслуживания, их эмоции достаточно дифференцированы. Вместе с тем уже в дошкольном возрасте отмечается ограниченный запас знаний и представлений об окружающем, задерживается развитие словесно-логического мышления.

Дети с моторной алалией отличаются неравномерным развитием мышления. Практически-действенное и наглядно-образное мышление у них значительно преобладают над абстрактно-логическим. Поэтому чем младше ребенок, тем он больше производит впечатление интеллектуально сохранного; его интеллектуальная недостаточность маскируется тяжестью речевого дефекта. Однако с возрастом все более выявляется неспособность детей к абстракциям и преобладание конкретно-образного мышления над словесно-логическим. Поэтому у них с трудом формируются понятия о форме и величине предметов, операции сравнения, обобщения по существенным признакам, навыки счета.

Характерны нарушения умственной деятельности в виде замедленности мышления, его трудной переключаемости, выраженной истощаемости и пресыщаемости. Кроме того, эти дети отличаются малой психической активностью, слабостью побуждений, повышенной тормозимостью, склонностью к негативизму. Они отказываются от выполнения заданий, требующих от них интеллектуального напряжения. Частыми являются также нарушения функций активного внимания и памяти, при этом в первую очередь страдает словесная (вербальная) память.

В регуляции произвольной деятельности ведущая роль принадлежит речи. Поэтому при моторной алалии всегда имеет место нарушение произвольной регуляции психических процессов и ребенок постоянно нуждается в организующей помощи взрослого.

*Судорожный синдром и острая сенсомоторная афазия и алалия (синдром Ландау — Клеффнера).* Синдром впервые описан в 1957 году. Он характеризуется сочетанием эпилепсии с острой сенсомоторной афазией или с алалией.

При афазии заболевание возникает остро, без видимой причины и проявляется в утрате возможности понимать обращенную речь и говорить. Судорожные приступы в одних случаях предшествуют афазии, в других — возникают через определенный срок после потери речи. Они могут также проявляться атипично, и их эпилептическая структура может быть определена лишь с помощью ЭЭГ. Речевой дефект отличается стойкостью и сочетается со специфическими трудностями обучения, нарушениями поведения и интеллектуальной деятельности. Кроме того, у детей часто проявляются двигательная расторможенность, аффективная возбудимость, расстройства внимания и речевой негативизм.

При алалии с первых лет жизни выявляется стойкое системное недоразвитие речи, сочетающееся с нарушениями поведения и умственной работоспособности. Речевой дефект сопровождается судорожными приступами, которые характеризуются большим полиморфизмом.

Диагностика синдрома всегда основывается на данных ЭЭГ-обследования.

Ранняя диагностика данного синдрома имеет важное значение для эффективной реабилитации этих детей.

Синдром Ландау — Клеффнера следует отличать от глухоты, раннего детского аутизма, деменции.

## **СЕНСОРНЫЕ И ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ**

Недоразвитие органов слуха или зрения лишает ребенка одного из важных источников информации, что обуславливает его отставание в психическом развитии. Степень выраженности отставания в значительной степени зависит от тяжести и времени возникновения сенсорных дефектов, а также от начала специальной коррекционной работы.

Основной причиной, обуславливающей отставание в умственном развитии ребенка с *аномалиями слуха*, является нарушенное развитие речи. Характер отставания в развитии речи непосредственно зависит от степени снижения слуха и времени возникновения слухового дефекта. При отсутствии ранней коррекционной работы недоразвитие речи сочетается с недостаточностью абстрактно-логического мышления. Это определяет специфику вторичной задержки психического развития этих детей.

Что касается умственного развития детей с нарушениями слуха, то среди них есть дети с нормальным интеллектом, с вторичной задержкой психического развития и дети с умственной отсталостью. Такое неравномерное развитие интеллекта обусловлено не только степенью тяжести слухового дефекта и временем начала коррекционной работы, но и причинами поражения слуха. При некоторых наследственных формах дефекты слуха могут иметь парциальный характер, т. е. не сочетаться с другими первичными отклонениями в нервно-психической сфере ребенка. В этих случаях при ранней коррекционной работе умственное развитие ребенка может быть нормальным. Вместе с тем имеются синдромальные наследственные аномалии слуха, сочетающиеся с дефектами зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и другими нервно-психическими и соматическими нарушениями. Дефекты слуха, возникшие у детей в связи с родовой травмой, гемолитической болезнью новорожденных, менингоэнцефалитом и другими поражениями центральной нервной системы, обычно сочетаются с различными неврологическими и

психопатологическими синдромами, диапазон проявления которых достаточно широк—от нарушений умственной работоспособности различной степени выраженности при нормальном интеллекте до умственной отсталости, нередко в сочетании с двигательным и другими расстройствами. Социальная адаптация детей с нарушениями слуха часто осложняется эмоциональными и поведенческими расстройствами, которые формируются как вторичные за счет сенсорной и социальной депривации, возникающей в неадекватных условиях воспитания ребенка как в детском учреждении, так и в семье. Кроме того, поведенческие и эмоциональные нарушения могут быть обусловлены и органическим поражением центральной нервной системы.

Особенно неблагоприятное влияние на психическое развитие ребенка оказывают прогрессирующие дефекты слуха.

Степень выраженности отставания в психическом развитии у слепых и слабовидящих детей зависит от причин, тяжести и времени возникновения *нарушений зрения*, а также от своевременного начала коррекционной работы. Особенности умственного развития слепых и слабовидящих детей являются слабость абстрактного мышления, ограниченность знаний и представлений об окружающем с преобладанием общих, неконкретных знаний; при достаточном формальном словарном запасе нередко наблюдается неточная предметная соотнесенность слов. Дефекты зрения часто тормозят развитие двигательных навыков и умений и определяют малую моторную активность ребенка, общую медлительность. На этом фоне у детей нередко возникают двигательные стереотипно-однообразные движения в виде потряхивания рук перед глазами, похлопывания и др.

Для детей с дефектами зрения характерны также медлительность, малая психическая активность, повышенная истощаемость. Эти нарушения явно выражены у детей с органическими поражениями центральной нервной системы.

Психическое развитие детей, страдающих *церебральными параличами*, имеет типичные особенности. Оно не только замедлено, но и нарушено. Особенно характерна непропорциональность в развитии высших психических функций, а также мышления. При некоторых формах заболевания отмечается несоответствие между удовлетворительным общим уровнем развития абстрактного мышления и недостаточностью пространственных представлений, что в дальнейшем обуславливает специфические трудности в усвоении ребенком счетных операций.

При детском церебральном параличе имеют место нарушения речи, внимания, памяти, умственной работоспособности, а также эмоционально-поведенческие и личностные расстройства. Уровень интеллектуального развития широко варьирует — от нормального интеллекта до различных по структуре и степени выраженности форм олигофрении.

У большинства детей с церебральным параличом имеет место специфическая задержка психического развития.

## **НАРУШЕНИЯ ОБЩЕНИЯ**

*Ранний детский аутизм* (РДА) представляет собой особый вариант аномального развития, который чаще всего проявляется в первые 2—3 года жизни ребенка. Основным его признаком является нарушение контакта ребенка с окружающим миром и прежде всего с людьми. Ребенок с аутизмом погружен в мир собственных переживаний, отгорожен от внешнего мира. Он замкнут и избегает общения с детьми, не смотрит в глаза окружающих, отстраняется от телесного контакта и ласки близких. Он как бы не замечает других людей; предоставленный сам себе, может однообразно потряхивать руками, подпрыгивать на месте или бегать на пальцах по кругу, нашептывать, выкрикивать отдельные слова или звуко-сочетания и т. п.

Для этих детей характерна однообразная, как бы нецеленаправленная двигательная активность, которая проявляется в прыжках, хлопках, беге на цыпочках, своеобразных движениях пальцев рук около наружных углов глаз и других. Их двигательное беспокойство чередуется с периодами заторможенности, застывании в одной позе. Для детей с аутизмом характерны своеобразные страхи.

Несмотря на то что детский аутизм был описан Л. Каннером почти полвека назад (1943), многие аспекты этого заболевания до сих пор остаются невыясненными. В настоящее время РДА изучается во всем мире на основе комплексного междисциплинарного подхода с учетом современных достижений нейрофизиологии, психологии, фармакологии, генетики, психиатрии и неврологии. Большое внимание уделяется ранней диагностике аутизма. Основу диагностики этого своеобразного отклонения в развитии составляют следующие группы основных признаков: нарушение контактов с окружающими, специфические речевые и эмоциональные отклонения, общие специфические отклонения в психомоторном развитии. Характерной особенностью развития ребенка при аутизме является неравномерность развития в целом, а также отдельных психомоторных функций.

Одним из первых признаков аутизма является отсутствие зрительного контакта, «толчкообразный» взгляд, преобладание периферического зрения над центральным при сохранности зрительной функции как таковой. Отмечаются также особенности и слухового восприятия: малыш не реагирует на речевое общение с ним, хотя слух его является нормальным.

Кроме того, на первом году жизни обращают на себя внимание нарушения жизненно важных функций при отсутствии явных соматических и неврологических расстройств. Так, уже с первых месяцев жизни может возникнуть проблема с кормлением за счет недостаточной координации сосательных и глотательных движений, очень рано ребенок начинает отказываться от груди, в дальнейшем он плохо жует, долго держит пищу во рту, крайне избирателен в еде, отказывается от всех новых видов пищи; у него также выражены нарушения сна, с большим трудом формируются навыки опрятности. Но больше всего у него нарушено эмоционально-личностное развитие. Важным критерием ранней диагностики аутизма является нарушение довербального коммуникативного поведения.

Умственные способности детей, страдающих аутизмом, могут быть различными.



Рис. 21. Ребенок с синдромом ломкой X-хромосомой и аутизмом

В одних случаях интеллект сохранен, но развит негармонично, в других — отмечается умственная отсталость, и, наконец, среди таких детей встречаются одаренные. Однако во всех случаях, как это уже подчеркивалось выше, имеет место своеобразная неравномерность

их психомоторного развития.

Аутизм возникает под влиянием различных причин. Но во всех случаях ведущее значение имеет наследственная предрасположенность к подобной своеобразной форме аномального развития. Аутизм наблюдается во всех социальных классах и этнических группах. Его средняя частота 1:10000 с явным преобладанием лиц мужского пола (4 мальчика и 1 девочка).

При воспитании детей с аутизмом родители должны быть психотерапевтами, действующими совместно с педагогом, психологом и врачом.

Отдельные проявления аутизма могут наблюдаться у различных категорий детей с отклонениями в развитии. Например, возможно сочетание аутизма с болезнью Дауна, фенилкетонурией и другими формами умственной отсталости. Особый интерес в этом плане представляет наличие аутистических форм поведения при так называемой X-сцепленной умственной отсталости и в первую очередь при *синдроме ломкой X-хромосомы* (см. рис. 21).

Интенсивные исследования, проводимые в последние годы во многих странах, показали высокую частоту этого заболевания, сопоставимую лишь с частотой болезни Дауна — самой распространенной формой умственной отсталости. По данным зарубежных авторов, его частота среди умственно отсталых мальчиков составляет 1,9—5,9%. В среднем в общей популяции частота этого заболевания составляет 1:1350 среди мальчиков и 1:2033 среди девочек, или 1:1634 среди детей обоего пола.

Раннее выявление детей с ломкой X-хромосомой имеет важное значение для своевременной психолого-педагогической коррекционной работы и лечения. В связи с этим специалистам и родителям важно знать ранние признаки этого заболевания.

Характерными признаками данного заболевания являются нормальные или превышающие норму вес и длина при рождении в сочетании с некоторым увеличением окружности головы; обычно это блондины со светлыми глазами. У них удлинненное лицо, высокий лоб, уплощенная средняя часть лица и некоторое увеличение нижней челюсти (см. рис. 22).

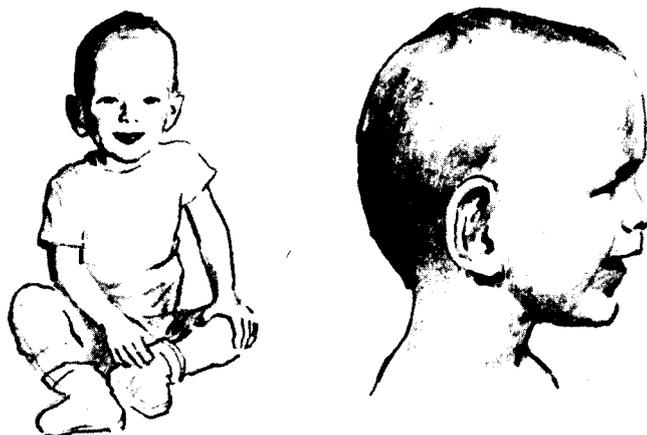


Рис. 22. Внешний вид детей с синдромом ломкой X-хромосомой

Отмечается повышенная частота подслизистых расщелин нёба или язычка. Обращают на себя внимание большие оттопыренные уши, деформации зубов, несколько увеличенные кисти рук, повышенная подвижность суставов и растяжимость кожи. У некоторых мальчиков уже при рождении можно отметить увеличение размеров яичек при нормально развитом половом члене.

Ранняя диагностика этой формы умственной отсталости имеет важное значение для

своевременного проведения лечебно-коррекционных мероприятий и для медико-генетического консультирования семьи, что позволяет предупредить дальнейшее рождение детей с данным заболеванием. Однако отсутствие выраженных врожденных пороков развития при этом синдроме затрудняет его раннюю диагностику. Поэтому для диагностики заболевания большое значение имеет раннее выявление специфических отклонений в физическом, психомоторном и речевом развитии.

При этом к характерным признакам относятся следующие.

1. Тенденция к более интенсивному внутриутробному росту плода и ускоренному физическому развитию в первые годы жизни в сочетании с выраженным отставанием в моторном, умственном и речевом развитии.

2. Среди отставания в развитии различных моторных навыков особенно обращает на себя внимание нерезко выраженная задержка в развитии сидения и самостоятельной ходьбы.

3. Одним из наиболее характерных признаков является отставание в развитии речи. Часто это первая жалоба, с которой родители обращаются к врачу. Первые слова у этих детей появляются в среднем к 2—2,5 годам, фразовая речь формируется после 3,5 лет.

На протяжении всего дошкольного периода обращает на себя внимание выраженное нарушение звукопроизношения. Кроме того, у некоторых детей отмечаются грубый голос, тенденция к повторению отдельных звуков, слогов, слов; иногда имеют место признаки своеобразного заикания.

4. Интеллектуальная недостаточность различной степени выраженности сочетается с нарушениями внимания, памяти, поведения.

Кроме того, у детей даже при нерезко выраженной интеллектуальной недостаточности с большим трудом формируется право-левая ориентация, задержано развитие пространственных представлений, конструктивной деятельности. В дальнейшем эти дети с трудом овладевают навыками счета и письма.

5. Для детей типичны нарушения поведения в виде двигательной расторможенности, импульсивности. Кроме того, их поведение иногда напоминает аутистическое: они, как и дети с РДА, избегают глазного контакта, производят различные стереотипные движения руками в виде потряхиваний, похлопываний, испытывают страхи и т. п. Однако структура их эмоциональной сферы качественно иная, чем у детей с аутизмом. Дифференциальный диагноз этих заболеваний осуществляется детским психиатром.

## **КОРРЕКЦИОННОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ**

Сущность коррекционного воспитания состоит в формировании психических функций ребенка и обогащении его практического опыта наряду с преодолением имеющихся у него нарушений речи, моторики, сенсорных функций, поведения и др.

Коррекционное воспитание направлено на предупреждение и коррекцию аномалий психического развития, подготовку ребенка к обучению и жизни в обществе.

Оно предполагает сочетание педагогических и лечебных мероприятий, а также учет специфики аномального развития и возрастных особенностей ребенка.

В каждом случае важно оценить не только степень отставания в развитии по сравнению с возрастными нормами, но и учесть качественные особенности этого отставания, клинический диагноз, а также потенциальные возможности развития.

Решающим фактором, от которого зависит положительная динамика психомоторного развития, выступают адекватные условия воспитания в семье и раннее начало комплексных лечебно-коррекционных и коррекционно-педагогических мероприятий.

Коррекционное воспитание предполагает как преодоление имеющихся отклонений в

развитии, так и предупреждение возможных нарушений, связанных с перенапряжением нервной системы ребенка, а также различных психических травм, приводящих к возникновению особых болезненных состояний нервной системы — неврозов. Чем младше ребенок, тем менее значительные раздражители могут привести к психической травме. Для ребенка раннего возраста это могут быть незнакомые предметы и резкие звуки (гром, гудок автомобиля, лай собаки и т. п.). Особенно тяжелой травмирующей ситуацией является отрыв от родителей вследствие помещения в больницу, ясли или детский сад. У детей с поражением центральной нервной системы психические травмы могут оказывать острое неблагоприятное влияние на весь организм: отрицательные переживания сочетаются с повышением температуры, резким побледнением или покраснением кожных покровов, нарушением сердечной деятельности, рвотой и т. п. В особо тяжелых случаях такие состояния могут представлять угрозу для жизни ребенка. Результатом психической травмы может быть утрата сформированных навыков, например навыка опрятности, возникновение мутизма (активного отказа от речевого общения) с последующим развитием заикания и т. п. Кроме того, у ребенка могут появиться страхи. Некоторые дети с отклонениями в развитии особенно склонны к образованию страхов. Это прежде всего дети с аутизмом, детским церебральным параличом, дефектами зрения.

Система лечебно-педагогических мероприятий, направленных на предупреждение и лечение отклонений в развитии у детей раннего возраста, которые еще не адаптированы к социальной среде, носит название абилитации. Об абилитации говорят в тех случаях, когда отклонение в развитии возникло в раннем детстве за счет внутриутробного или перинатального поражения мозга.

Коррекционное воспитание включает ряд специальных абилитационных мероприятий. При этом учитываются резервные возможности мозга и пораженных анализаторов, а также сензитивные периоды развития.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В учебно-методическом пособии представлены теоретико-методологические основы психологии детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития и задержкой психического развития, раскрываются психические особенности умственно отсталых детей дошкольного возраста и детей с задержкой психического развития, особенности обучения и воспитания детей дошкольного возраста с нарушением интеллекта и направления коррекционно-развивающего обучения и развития, рассматривается проблема социальной адаптации умственно-отсталых детей дошкольного возраста и детей с задержкой психического развития, а также анализируется психологическая помощь детям с отклонениями в развитии.

Автор учебно-методического пособия полагает, что оно поможет студентам в изучении дисциплины «Психология детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития и задержкой психического развития» и проработавший его студент будет иметь представление о терминах дисциплины, принципах, методах, категориях науки.

Формой самоконтроля качества усвоения материала могут стать ответы на предложенные тесты.

Автор надеется, что методический уровень учебно-методического пособия, его практическая направленность способствуют формированию необходимых компетенций, готовности студентов к освоению дисциплины «Психология детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития и задержкой психического развития», мотивации к выполнению профессиональной деятельности, сознанию социальной значимости своей будущей профессии, профессиональному росту обучающихся.

## ГЛОССАРИЙ

**Агнозия** – нарушение различных видов восприятия, возникающее при определённых поражениях мозга.

**Аграмматизм**- ошибки в грамматическом построении активной *речи* (**экспрессивный А.**) и в понимании значения грамматических конструкций, выражающих семантические отношения с помощью флексий (*брат отца*),предлогов (*под, над*), союзов (*хотя, несмотря на* и т. д.) и порядка слов (*платье задело весло и весло задело платье*)(**импрессивный А.**). А. у взрослых возникает при различных формах *афазии* как проявление нарушений речи.

**Адаптация социальная** – активное приспособление к условиям социальной среды путём усвоения и принятия целей, ценностей, норм и стилей поведения, принятых в обществе.

**Акселерация** – ускорение соматического развития и физиологического созревания детей и подростков, проявляющееся в увеличении их веса и размеров тела, а также в более ранних сроках половое созревание.

**Алалия**«слухонемота» - отсутствие или недоразвитие *речи* у детей при нормальном *слухе* и сохранности возможностей умственного развития. Обычно причинами А. бывают повреждения речевых зон *коры головного мозга*,возникающие во время родов, мозговые заболевания или травмы, перенесенные ребенком в доречевой период жизни.

**Анаклитическая депрессия** - термин, предложенный амер. психологом Рене Спитцем (Spitz, 1887-1974) для обозначения острых и хронических депрессивных последствий отрыва ребенка от матери (родителей).

**Анализатор** – сложная анатомо-физиологическая система, обеспечивающая восприятие, анализ и синтез раздражителей, исходящих из внешней и внутренней среды организма.

**Анамнез** – совокупность сведений об условиях возникновения и протекания болезни, получаемых от самого больного, а также его близких с целью постановки и уточнения диагноза.

**Аномальные дети** – дети, имеющие отклонения от нормального психического или физического развития и нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания.

**Апраксия** – нарушение произвольных целенаправленных движений и действий, не являющееся следствием параличей и парезов, а относящееся к расстройствам высшего уровня организации двигательных актов.

**Асинхрония**– не совпадающее во времени, опережающее развитие одних психических функций при отставании других функций.

**Астения** (греч. *asthenia* - слабость) - болезненное состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, истощением, неспособностью к длительному умственному и физич. напряжению.

**Асфиксия новорождённых** – кислородное голодание плода в момент родов. При асфиксии происходит нарушение функций цнс вследствие недостатка снабжения кислородом головного мозга.

**Атаксия** (от греч. *a-* - приставка со значением отрицания и *taxis* - порядок) - расстройство координации движений, возникающее вследствие поражений различных отделов нервной системы. При А. движения, сохраняя свою силу, теряют согласованность и точность.

**Аутизм** – состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам с окружающими.

**Аффективные дети** - дети, у которых в силу постоянного неудовлетворения к.-л. существенных для них *потребностей* возникают и становятся достаточно устойчивыми тяжелые эмоциональные переживания и связанные с ними формы поведения (см. *Фрустрация*).

**Бине-Симона-Тест** – наиболее распространённый метод количественной оценки уровня развития интеллектуальных способностей. Разработан в 1905 г. А. Бине и Т. Симоном по заказу Министерства народного образования Франции с целью отсева детей, недостаточно развитых для обучения в массовой школе. Первоначально тест содержал 30 задач, которые подобраны по степени трудности таким образом, чтобы их могли решить 75 % детей определенного возраста, умственное развитие которых можно было бы считать нормальным. Количество правильно решённых задач характеризует так называемый умственный возраст ребёнка. Наиболее известная модификация разработана Л. Терменом в Стенфордском университете (США); созданный им так называемый тест Стенфорд-Бине является наиболее признанным методом диагностики интеллекта. На его основе вычисляется коэффициент интеллекта. Однако практическое использование; данного теста, как и большинства подобных методик позволяет дать количественную оценку индивидуальных различий в умственных способностях, не вскрывая их природы и перспектив развития. Это затрудняет использование результатов теста в постановке диагноза и прогнозировании развития интеллекта.

**Векслера тест** – набор заданий для оценки умственных способностей, один из наиболее распространенных методов диагностики интеллекта. Разработан Д. Векслером в 1937 г. В настоящее время употребляется модифицированный вариант образца 1974 г. – «Шкала Векслера для измерения интеллекта у детей». Содержит наряду с вербальными (словесными) заданиями задачи на конструирование, разгадывание лабиринтов и т. п. На основании результатов выполнения теста вычисляется коэффициент интеллекта. Как и аналогичные методики дает достаточно адекватную оценку наличному уровню развития интеллекта, но не может служить основанием прогноза умственного развития.

**Воспитание** – процесс систематического и целенаправленного воздействия на духовное и физическое развитие личности.

**Гемиплегия** – односторонний паралич конечностей, отсутствие в них произвольных движений при органических поражениях ЦНС, а иногда – при истерии, но без нарушений мышечного тонуса.

**Гиперактивность детская** - синдром дефицита внимания с гиперактивностью (С. д. в. г.), гипердинамический синдром. Г. д. проявляется не свойственными для нормального ребенка невнимательностью, отвлекаемостью, *импульсивностью* и гиперактивностью. Г. Вейс (Weiss, 1991) считает наиболее характерными след. нарушения при Г. д.: неуместную избыточную активность, дефекты концентрации внимания, импульсивность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности, проблемы во взаимоотношениях с окружающими, нарушения поведения, трудности обучения, слабую успеваемость в школе, низкую *самооценку*. При этом общий уровень интеллектуального развития таких детей соответствует норме. Первые проявления Г. д. наблюдаются в возрасте до 7 лет. Распространенность ее среди школьников составляет 3-5%, причем среди мальчиков она встречается в 4-9 раз чаще, чем среди девочек.

**Гиперграфия**- повышенное влечение к записям своих мыслей, впечатлений, наблюдений, ведению дневников.

**Гиперкинез** – автоматические насильственные движения вследствие непроизвольных сокращений мышц.

**Госпитализм** - глубокая психическая и физическая отсталость, возникающая в первые годы жизни ребенка вследствие «*дефицита*» общения и воспитания. Признаки Г.: запоздалое

развитие движений, в особенности ходьбы, резкое отставание в овладении речью, эмоциональная обедненность, бессмысленные движения навязчивого характера (раскачивание тела и др.), а также сопутствующие этому комплексу психических недостатков низкие антропометрические показатели, рахит.

**Дактилология, дактильная речь** - ручная азбука, служащая для замены устной речи при общении грамотных глухих людей между собой и со всеми, знакомыми с Д.

**Дауна болезнь, синдром Дауна** – хромосомная болезнь, одна из форм олигофрении, при которой умственная отсталость сочетается со своеобразным внешним обликом больного.

**Декомпенсация** – процесс, обратный компенсации, расстройство деятельности какой-либо системы организма вследствие нарушения компенсации. Возникает при ухудшении состояния организма либо при столкновении с неожиданными новыми условиями, требующими формирования новых приспособительных реакций.

**Деменция** – стойкое и необратимое ослабление интеллектуальной деятельности в сочетании с расстройствами памяти и эмоционально-волевой сферы.

**Депривация** – психическое состояние, возникающее в результате длительного ограничения возможностей человека для удовлетворения в достаточной мере его основных психических потребностей; характеризуется выраженными отклонениями в эмоциональном и интеллектуальном развитии, нарушением социальных контактов.

**Дети с отклонениями в психическом развитии** - отклонения в психическом развитии ребенка м. б. вызваны сенсорными нарушениями (глухота, тугоухость, слепота, слабовидение), поражениями ц. н. с. (*умственная отсталость, задержка психического развития*), двигательные нарушения, тяжелые нарушения речи). Отклонения в развитии могут также выступать в различных сочетаниях.

**Детская нейропсихология** - наука о формировании функциональной мозговой организации в онтогенезе. Возникла на пересечении *нейропсихологии, детской психоневрологии, детской психологии и возрастной психофизиологии*. Являясь разделом нейропсихологии, в настоящее время Д. н. становится самостоятельным направлением. Для Д. н. являются основополагающими след. представления: 1) нейробиологическое *созревание* той или иной мозговой системы должно опережать развитие конкретного психологического фактора; 2) актуализация ресурсов мозга возможна только в условиях стимуляции извне, социального запроса.

**Детский церебральный паралич** – заболевание головного мозга, при котором вследствие поражения двигательных систем мозга наблюдаются различные психомоторные нарушения.

**Дефект** – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребёнка.

**Дефектология** – наука о психофизических особенностях развития детей с психическими или физическими недостатками, о закономерностях их воспитания, образования и обучения.

**Дефицит общения** - недостаточное по количеству и качеству *общение* ребенка с окружающими людьми. Д. о. обычно имеет место в детских учреждениях закрытого типа (больницах, домах ребенка, детских домах, интернатах), в неблагополучных семьях, где родители не уделяют ребенку достаточного внимания, или в семьях, где родители страдают различного рода заболеваниями, в силу которых не обеспечивают детям полноценного общения.

**Диагноз психологический** – конечный результат деятельности психолога, направленный на описание и выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачей психодиагностического

обследования.

**Диагностика психического развития**- обследование человека в целях определения индивидуальных особенностей развития его психики: *способностей*, личностных черт, мотиваций, отклонений от психической «*нормы*» и т. д. Существенное значение для Д. п. р. имеет история развития обследуемого (*анамнез*).

**Дизонтогенез психический** – нарушение психического развития, обусловленные патогенными биологическими факторами и микросредовыми условиями.

**Дизонтогения**– различные формы нарушений онтогенеза, включая ранний постнатальный, когда морфологические системы организма ещё не достигли зрелости.

**Дислексия**- существенные трудности в **овладении** чтением (в т. ч. в понимании прочитанного) и письмом у нормальных в других отношениях детей. Как ни странно, нередко Д. сопровождается повышенными показателями умственного развития. Ср. *Алексия*. Син. Д. развития (*developmentaldyslexia*). Имеются данные о существовании наследственного фактора Д. Предполагается, что одной из причин Д. м. б. задержка в развитии *латерализации функций головного мозга*. (Б. М.)

**Задержка психического развития** – особый тип дефицитарной аномалии психического развития ребенка. З. п. р. имеет различное происхождение: в одних случаях она связана с особенностями, а точнее - дефектами *конституции* ребенка, вследствие чего по своему физическому и психическому развитию он начинает соответствовать более раннему возрасту («гармонический *инфантилизм*»); в др. случаях З. п. р. возникает в результате различных соматических заболеваний (физически ослабленные дети) или органического поражения ц. н. с. (дети с *минимальной мозговой дисфункцией*).

**Заикание** - нарушение коммуникативной функции *речи*, проявляющееся в затруднении устного *общения*. Повторение услышанного или заученного текста, чтение вслух и др. формы репродуктивной *экспрессивной речи*, не требующей самостоятельного ее построения, мало страдают от З. Для З. характерна прерывистая речь с разрывом слова на слоги или звуки (напр.: *п-переход, па-па-пароход*), нередко сопровождающаяся судорогоподобным напряжением мускулатуры лица.

**Зона ближайшего развития** – расхождение между уровнем актуального развития (он определяется степенью трудности задач, решаемых ребёнком самостоятельно) и уровнем потенциального развития (которого может достигнуть, решая задачи под руководством взрослого).

**Идиотия** - самая тяжелая форма *умственной отсталости*.

**Имбецильность** - *умственная отсталость* средней тяжести (между дебильностью и *идиотией*).

**Интеллект** – относительно устойчивая структура умственных способностей индивида.

**Инфантилизм** – сохранение в организме и психике человека особенностей, присущих раннему возрасту.

**Инфантилизм** (от лат. *infantilis* - детский) - сохранение в организме и психике человека особенностей, присущих раннему возрасту. Физический инфантилизм проявляется в задержке роста. Психический – в отставании в личностном развитии.

**Исключительные дети** - термин, которым в зарубежной (в основном англоязычной) научной лит-ре обозначается широкая категория детей, развитие которых по тем или иным показателям отклоняется от среднестатистических норм.

**Компенсация функций** – возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций. При К. ф. возможно вовлечение в ее реализацию новых нервных структур, которые раньше не участвовали в ее осуществлении. Эти структуры функционально объединяются на основе

выполнения общей задачи. Согласно концепции П. К. Анохина, в создании новой функциональной системы при К. ф. решающим моментом является оценка результатов попыток организма (животного или человека) устранить дефект (наличие «обратной афферентации»).

**Коэффициент интеллектуальности** – показатель тестов интеллекта. Обозначает отношение «умственного возраста» к реальному хронологическому возрасту испытуемого.

**Кретинизм** – заболевание, характеризующееся тяжелыми отклонениями в физическом и психическом развитии в сочетании с нарушением функции щитовидной железы.

**Логопедия** - отрасль специальной педагогики, в задачу которой входит изучение недостатков речи, разработка принципов и методов их предупреждения и преодоления.

**Медико-психолого-педагогическая комиссия** – орган, осуществляющий комплектование специальных (коррекционных) образовательных учреждений, т. е. отбор аномальных детей в зависимости от специфики и степени выраженности дефекта. В комиссии входят представители отделов образования и здравоохранения, врачи, педагог-дефектолог, логопед, психолог.

**Межличностные отношения** – субъективно переживаемые взаимосвязи между людьми, объективно проявляющиеся в характере и способах взаимных влияний, оказываемых людьми друг на друга в процессе совместной деятельности и общения.

**Метод** – широкий класс методик, обладающих родством основного технологического приема или родством теоретической системы представлений, на которой базируется валидность данного класса методик. Класс методик, объединенных родством технологического приема, также называется техникой.

**Методика** – конкретная, частная процедура, или система действий, предназначенная для получения информации о конкретном психическом свойстве (предмет обследования) у конкретного контингента испытуемых (объект исследования) в определенном классе ситуаций (условия обследования) для решения определенных задач (цель обследования).

**Микроцефалия** (от греч. *mikros* - маленький и *kephale* - голова) - значительное уменьшение размеров черепа (соответственно - головного мозга) при сохранении нормальных размеров других частей тела.

**Мимико-жестовая речь** - форма общения глухих. М.-ж. р. представляет собой сочетание естественных и условных жестов и мимики. М.-ж. р. основана на системе жестов, каждый из которых имеет свое значение, причем многие отношения между жестами и их значениями отличаются от аналогичных отношений между словами и значениями в обычной речи. Так, настенные, карманные, ручные часы обозначаются различными жестами; глагол *летит* изображается по-разному, в зависимости от того, кто или что летит (самолет, бабочка, птица, пыль). Вместе с тем один и тот же жест может обозначать предмет и действие (*пила* и *пилить*, *топор* и *рубить*, *утюг* и *гладить* и т. п.). Общее число жестов, обозначающих многие родовые понятия (одежда, обувь, транспорт, животные и т. д.), ограничено; близкие понятия не дифференцируются (напр., огонь, костер, пожар; сон, мечта, фантазия; мороз, морозит, морозный, морозно).

**Минимальная мозговая дисфункция** – нарушение функции ЦНС вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга. Возникает в результате кислородного голодания плода во внутриутробном периоде и в процессе родов.

**Мышление** – высшая форма человеческого познания, представляющего собой процесс обобщенного и опосредствованного отражения действительности, выполняющего регулируемую функцию по отношению к поведению, социально обусловленного по происхождению приёмов и операций, а также в силу использования знаний, добытых в ходе человеческой истории.

**Невроз** – группа наиболее распространенных нервно-психических расстройств, психогенных по своей природе, в основе которых лежит непродуктивно и нерационально разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для неё сторонами действительности, сопровождаемое возникновением болезненно-тягостных переживаний неудачи, неудовлетворения потребностей и т.д.

**Негативизм** – лишенное объективных оснований сопротивление предъявляемым требованиям.

**Норма** - в психологии и медицине термин Н. нередко используется для обозначения *здоровья*, но их нельзя считать полными син. Выделяют 3 основных вида Н.: 1) статистические, характеризующие статистическое большинство описываемых объектов; 2) физиологические, характеризующие по избираемым параметрам процессы и состояния здорового организма; 3) индивидуальные. С. Б. Семичов выделил 5 уровней психической Н.:

**Образование** – представляет ту сторону воспитания, которая включает в себе систему научных и культурных ценностей, накопленных человечеством.

**Обучение** – это процесс усвоения учащимися определенных сторон общественно – исторического опыта человечества, осуществляемый под руководством специально подготовленного лица (учителя, воспитателя и т.д.), выполняющего образовательную, воспитательную и развивающую функции в их органическом единстве.

**Олигофренопедагогика** – это часть дефектологии (специальной педагогики, коррекционной педагогики), изучающая ребенка с различными нарушениями интеллектуального развития, вопросы его воспитания, образования и обучения, а также последующей реабилитации и социальной адаптации.

**Онтогенез** – процесс развития индивидуального организма.

**Ощущение** – форма психического отражения, простейшая первичная форма познания действительности, представляющая собой субъективный образ объективного мира.

**Память** – следовая форма психического отражения, развивающаяся на основе генетической и физиологической памяти как запоминание, сохранение и последующее объективное и субъективное воспроизведение и узнавание ранее воспринятого, пережитого и сделанного.

**Парез** – уменьшение силы и (или) амплитуды движений в связи с нарушениями иннервации соответствующих мышц.

**Персеверация** – патологическое повторение или настойчивое воспроизведение какого-либо действия или слога, слова. В основе П. лежат процессы, связанные с запаздыванием сигнала о прекращении действия.

**Пограничная умственная отсталость** – термин, принятый в международной классификации психических заболеваний для обозначения состояния между нормальным психическим развитием и легкой дебильностью.

**Помощь психологическая** – профессиональная помощь психолога в разрешении психологических проблем клиента.

**Профессиональная ориентация** – комплекс психолого-педагогических и медицинских мероприятий, направленных на оптимизацию процесса трудоустройства молодежи в соответствии с желаниями, склонностями и сформировавшимися способностями и с учетом потребности в специалистах народного хозяйства и общества в целом.

**Психический дизонтогенез** - нарушение *развития психики* в целом или ее отдельных составляющих, нарушение темпов и сроков развития отдельных сфер психики и их компонентов. Термин «дизонтогенез» впервые введен Й. Швальбе (1927) для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. В. В. Лебединский выделил 6 вариантов Д. п.: 1) недоразвитие; 2) задержанное развитие; 3)

поврежденное развитие; 4) дефицитарное развитие; 5) искаженное развитие и 6) дисгармоничное развитие.

**Психическое развитие** – это закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в их количественных, качественных и структурных преобразованиях.

**Психокоррекция**– направление реабилитационной и коррекционно-воспитательной работы с аномальными детьми, целью которой является предупреждение и преодоление нарушений психического развития, в первую очередь отклонений в развитии личности.

**Психология глухих** - отрасль *психологии*,изучающая закономерности психической деятельности человека с недостатками *слуха*,психологические особенности и возможности компенсаторного развития, а также вопросы обучения, воспитания и профессиональной подготовки людей со слуховыми нарушениями. Син. сурдопсихология (от лат. *surdus* - глухой).

**Психология слепых** - отрасль *психологии*,изучающая *психику* человека с полностью или частично нарушенным *зрением*.Син. тифлопсихология (от греч. *typhlos*- слепой). См. *Зрения нарушения*.

**Психология специальная** - отрасль психологии, изучающая особенности психики людей, для которых характерно отклонение от нормального развития, вызванное врожденными или приобретенными дефектами.

**Психопатии** – патология характера, при которой у субъекта наблюдается практически необратимая выраженность личностных свойств, препятствующих его адекватной адаптации в социальной среде.

**Развитие** – процесс закономерного изменения личности как системного качества индивида в результате его социализации.

**Ретардация** – запаздывание или приостановка развития всех сторон психики.

**Речь** – сложившаяся исторически в процессе материальной преобразующей деятельности людей форма общения, опосредствованная языком.

**Самооценка** – оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей.

**Сензитивность возрастная** – присущее определённому возрастному периоду оптимальное сочетание условий для развития определённых психических свойств и процессов.

**Сензитивный возраст** – этап возрастного развития ребенка, наиболее благоприятный для освоения каких-либо видов деятельности, формирования определенных психических функций.

**Синдром** – определённое сочетание признаков болезни (симптомов), обусловленных единым происхождением.

**Синкenezия**– рефлексорные содружественные движения одной конечности при произвольных движениях другой конечности.

**Слабоумие** – стойкое или малообратимое ослабление психической деятельности.

**Слепоглухонемота** - отсутствие зрения и слуха и связанная с отсутствием слуха немота. С. может наступать не только при полном, но и при частичном поражении слуха и зрения. Практически С. возникает тогда, когда снижение слуха в *раннем возрасте* делает невозможным усвоение *речи* на слух, а потеря зрения исключает использование зрительных восприятий. Слепоглухонемой лишается возможности речевого *общения* с людьми; характерной для него становится *задержка психического развития*.Без специального обучения он не усваивает ни одного слова и даже навыков человеческого поведения. Однако слепоглухонемой обладает возможностью полноценного умственного развития, как это показали А. Г. Соколянский, А. И. Мещеряков и др. (см. также *Е.Келлер*).

**Сложный дефект** – сочетание двух и более дефектов развития, которое представляет собой не просто сумму дефектов, а является качественно своеобразным и имеет особую структуру, отличную от его составляющих.

**Тахилалия** – патологически ускоренный темп речи.

**Темперамент** – характеристика индивида со стороны его динамических особенностей: интенсивности, скорости, темпа, ритма психических процессов и состояний.

**Тесты психологические** – стандартизированные задания, используемые для измерения и оценки индивидуально-психологических особенностей личности.

**Тремор** – произвольные ритмические колебания конечностей, голоса, языка.

**Умственная отсталость** – согласно современным научным представлениям, понятие "умственная отсталость" имеет собирательное значение, которое объединяет самые разные по своему происхождению формы патологии психической деятельности. В это число включают формы умственной отсталости, связанные с повреждением мозга генетическими, органическими, интоксикационными и иными вредностями. Выделяют формы, обусловленные влиянием неблагоприятных социальных и культурных факторов: неправильное воспитание, педагогическая запущенность, отрицательные соматические и психогенные влияния, дефекты зрения и слуха.

**Уровень притязаний** – желаемый уровень самооценки личности.

**Устная речь** – вербальное (словесное) общение при помощи языковых средств, воспринимаемых на слух.

**Фактор** – постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака.

**Фенилкетонурия** - (ФКУ) наследственное нарушение обмена фенилаланина, характеризующееся прогрессирующим, особенно в первые 2 г. жизни слабоумием. Впервые ФКУ была описана норвежским врачом и биохимиком А. Fölling (1934). Заболевание имеет аутосомно-рецессивный тип наследования. В среднем в Европе частота дефекта среди новорожденных составляет 1:10 000. Среди больных олигофренией ФКУ обнаруживается в среднем в 1% случаев.

**Характер** – подструктура личности, образуемая индивидуально-своеобразным комплексом устойчивых личностных особенностей, определяющих присущие личности типичные формы и способы достижения целей и самоуправления в общении с другими людьми.

**Ценности** – любой «объект», имеющий жизненно важное значение для субъекта.

**Церебральный** – относящийся к головному мозгу.

**Чтение с губ** - зрительное восприятие устной *речи* по видимым движениям речевых органов. Дополняет слуховое восприятие речи, когда оно чем-либо затруднено (шум, недостаточная громкость речи, невнятность произношения). Глухим и слабослышащим Ч. с г. в известной степени возмещает возможность или ограниченную возможность слухового восприятия речи.

**Эгоцентризм** – познавательная позиция личности, характеризующаяся сосредоточенностью на собственных целях, мыслях и переживаниях, а также ограниченной способностью воспринимать объективно внешние воздействия и состояния других людей.

**Эгоцентрическая речь** – речь, обращенная к самому себе, регулирующая и контролирующая практическую деятельность

**Эхолоалия** - автоматическое повторение чужих слов. Э. наблюдается у взрослых и детей, страдающих органическими заболеваниями мозга, в т. ч. при имбецильности и резко выраженной дебильности (см. *Умственная отсталость*). Э. встречается иногда и у

нормально развивающихся детей, представляя собой один из ранних этапов становления их речи. (В. В. Лебединский.)

**Язык** – 1) система знаков, служащая средством человеческого общения, мыслительной деятельности, способом передачи информации от поколения к поколению и хранения; 2) мышечный орган, покрытый слизистой оболочкой, расположенный в полости рта; участвует в жевании, артикуляции, содержащий вкусовые рецепторы

## БИблиографический список

1. Детская практическая психология: [Электронный ресурс]: учебно-метод. комплекс курса / сост. Л.П.Скрыльникова, О.П. Богомягкова. - 2-е изд., стер. – М.: «Флинта», 2014. – 48 с. – Режим доступа: <http://e.lanbook.com/view/book/2024/> - электронная библиотечная система «Лань.- Загл. с экрана. - ISBN: 978-5-9765-0113-3.
2. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. [Электронный ресурс]: учебно-метод. комплекс курса. - 2-е изд. – М.: «Флинта», 2010. – 376 с. – Режим доступа: <http://e.lanbook.com/view/book/2024/> - электронная библиотечная система «Лань.- Загл. с экрана. - ISBN: 978-5-9765-0127-0.
3. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студентов пед. вузов. Под ред. Л.В.Кузнецовой.-М.: «Академия», 2005г. – 2 экз.
4. Основы специальной педагогики и психологии : учеб. пособие / Н. М. Трофимова [и др.]. - М. : Питер, 2006. - 304 с. : ил. - (Учебное пособие). – 1 экз.
5. Петрова В. Г. Психология умственно отсталых школьников : Учеб. пособие для вузов / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. - 2-е изд., стер. - М. : Академия, 2004. - 160 с. - (Высшее профессиональное образование). – 46 экз.
6. Поливара З.В. Введение в специальную психологию. [Электронный ресурс]: учебное пособие. 2-е изд., стер. – М.: «Флинта», 2013. – 272 с. – Режим доступа: <http://e.lanbook.com/view/book/2024/> - электронная библиотечная система «Лань.- Загл. с экрана. - ISBN: 978-5-9765-1666-3.
7. Сунагатуллина И.И. Психология детей с отклонениями в интеллектуальном развитии и ЗПР [Электронный ресурс] : учеб.-метод. комплекс / И. И. Сунагатуллина ; МаГУ, Фак. педагогики и методик нач. образования. - Магнитогорск : Изд-во МаГУ, 2007. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – 50 экз.
8. Сунагатуллина И. И. Специальная психология: Учебно-методическое пособие для студентов, обучающихся по специальности «Логопедия» очного и заочного отделений. - Магнитогорск: МаГУ, 2010. - 55 с. – 5 экз.

Учебное текстовое электронное издание

**Сунагатуллина Ирина Ириковна**

**ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА  
С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Учебно-методическое пособие

1,78 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2017 год  
ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»  
Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,  
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный  
технический университет им. Г.И. Носова»  
Кафедра специального образования и медико-биологических дисциплин  
Центр электронных образовательных ресурсов и  
дистанционных образовательных технологий  
e-mail: ceor\_dot@mail.ru