

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

Н.В. Мартынова
Д.А. Халикова

ПСИХОЛОГИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного пособия*

Магнитогорск
2020

Рецензенты:

заместитель директора по социально психологической работе
МУ «Центр социальной помощи семье и детям города Магнитогорска»
О.А. Сиротина

кандидат психологических наук,
заведующая кафедрой психологии,
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический
университет им. Г.И. Носова»
О.П. Степанова

Мартынова Н.В., Халикова Д.А.

Психология отклоняющегося развития [Электронный ресурс] : учебное пособие / Наталья Владимировна Мартынова, Джени Андреевна Халикова ; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (1,62 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», 2020. – 1 электрон. опт. диск (DVD-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 978-5-9967-1875-7

В учебном пособии рассмотрен структурно-содержательный анализ отклоняющегося развития, исторические системно-эмпирические психологические классификации психического дизонтогенеза, проанализирована типология отклоняющегося развития, выделены направления нарушенного онтогенетического развития, авторами предложен диагностический инструментарий, помогающий определить парциальное недоразвитие отдельных компонентов психической деятельности.

Учебное пособие предназначено для учителей, преподавателей, студентов, специалистов, всех тех, кто заинтересован в вопросах психологии отклоняющегося развития.

УДК 159.97

ISBN 978-5-9967-1875-7 © Мартынова Н.В., Халикова Д.А., 2020
© ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова», 2020

Содержание

РАЗДЕЛ 1. СТРУКТУРНО-СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ.....	8
1.1. Понятие отклоняющегося развития	8
1.2. Исторические системно-эмпирические психологические классификации психического дизонтогенеза	15
1.3. Типология отклоняющегося развития.....	21
Промежуточный тест к разделу № 1	36
РАЗДЕЛ 2. ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ.	39
2.1. Направления нарушенного онтогенетического развития	39
2.2. Характеристика парциального недоразвития отдельных компонентов психической деятельности	50
Промежуточный тест к разделу № 2	65
РАЗДЕЛ 3. ДИАГНОСТИКА ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ	68
3.1. Патопсихологическая синдромальная диагностика отклоняющегося развития	68
3.2. Диагностика компонента патопсихологического синдрома	77
Промежуточный тест к разделу № 3	89
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ	91
ИТОГОВЫЙ ТЕСТ.....	96
ГЛОССАРИЙ.....	100

ВВЕДЕНИЕ

1. Цели освоения дисциплины:

Целями освоения дисциплины «Психология отклоняющегося развития» являются: формирование знаний о методологических основах отклоняющегося развития; о структурно-содержательном анализе отклоняющегося развития. Овладение теоретическим понятийным аппаратом специальной психологии и диагностическим инструментарием исследования отклоняющегося развития.

2. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины и требования к уровню освоения содержания:

Структурный элемент компетенции	Требования к уровню освоения содержания
ПК-17 – Способен использовать инновационные обучающие технологии с учетом типа нарушенного развития обучающегося и задач каждого возрастного этапа	
Знать	соотношение нормы и патологии в развитии, психологические особенности детей с нарушениями в развитии
Уметь	анализировать в соответствии с задачами дисциплины в области применения теоретических знаний причины отклоняющегося развития
Владеть	навыками использования понятийного аппарата, методологических принципов и методических приемов диагностического инструментария исследования отклоняющегося развития
ПК-18 – Умеет разрабатывать рекомендации участникам образовательных отношений по вопросам развития и обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья	
Знать	методы диагностики и психологической коррекции, связанные с обучением и воспитанием детей с различными отклонениями в развитии
Уметь	применять теоретические знания о методах диагностики и психологической коррекции, связанных с отклонениями в развитии
Владеть	определять общее направление и содержание реабилитационной работы с учетом выявленных отклонений, а также разрабатывать индивидуальные программы реабилитации и коррекции

3. Форма итогового контроля: Зачет с оценкой

Вопросы к зачету:

1. Назовите основные причины к возникновению нарушений в развитии.
2. Раскройте роль негативных факторов, связанных с условиями жизни, в формировании нарушений.
3. Перечислите и раскройте исторические системно-эмпирические психологические классификации психического дизонтогенеза.
4. Дайте определение понятия «задержка психического развития». Назовите основные причины и предрасполагающие условия к возникновению ЗПР.
5. В чём состоит принципиальное отличие ребенка с ЗПР от умственно отсталого ребенка.
6. Дайте определение умственной отсталости. Приведите классификации умственной отсталости.

7. Назовите основные причины и предрасполагающие условия к возникновению речевых нарушений.
8. В чем состоит взаимосвязь между недоразвитием устной речи и нарушениями письма и чтения.
9. Какова роль слуха в формировании личности ребенка. Какие нарушения речи наиболее характерны для слабослышащих детей.
10. Охарактеризуйте основные проблемы и факторы успешной интеграции лиц с нарушенной слуховой функцией в общее социокультурное пространство.
11. Какова роль зрения в формировании личности ребенка.
12. Какие причины вызывают отсутствие или снижение зрения. Что такое слепота и слабовидение.
13. Раскройте причины нарушений опорно-двигательного аппарата у детей.
14. В чем проявляется общность двигательных и речевых расстройств при ДЦП.
15. Дайте определение понятия «аутизм». Охарактеризуйте основные клинические симптомы РДА.
16. В чем состоит принципиальное отличие ребенка с РДА от умственно отсталого ребенка.
17. Раскройте методологию и схему проведения патопсихологической синдромальной диагностики отклоняющегося развития.
18. Составьте подробный пример схемы наблюдения во время диагностики организационного компонента патопсихологического синдрома.
19. Составьте подробный пример схемы наблюдения во время диагностики динамического (процессуального) компонента патопсихологического синдрома.
20. Составьте подробный пример схемы наблюдения во время диагностики операционального компонента патопсихологического синдрома.
21. Составьте подробный пример схемы наблюдения во время диагностики эмоционально-мотивационного компонента патопсихологического синдрома.
22. Дайте психологическую характеристику родителям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии.
23. По каким направлениям могут развиваться семьи, имеющие детей с проблемами в развитии.

4. Литература:

Основная литература:

1. Лемех Е.А. Основы специальной психологии. – Мн: РИПО, 2017. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/977793>.
2. Мальцева Т.В. Психология. – М.:РИОР:ИНФРА-М, 2017. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/761151>

3. Правило Е.С. Психология отклоняющегося развития. – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2015. – 252 с.
4. Специальная психология / Под ред. П.И. Сидорова. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2009. – 116 с.

Дополнительная литература:

1. Бабкина Н.В. Саморегуляция в познавательной деятельности у детей с задержкой психического развития. – Москва: Издательство ВЛАДОС, 2018. – 143 с.
2. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Нейропсихологическая диагностика в вопросах и ответах. – 4-е изд. – М.:Генезис, 2017. – 241 с.
3. Ефимова Н.С. Психология общения. Практикум по психологии. – М.: ИД ФОРУМ: НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 192 с.
4. Зверева, Н.В. Клиническая психология детей и подростков / Н.В. Зверева, Т.Г. Горячева. – М.: Издательский центр «Академия», 2013. – С. 55-74.
5. Матвеева М.В., Станпакова С.Д. Профессиональное обучение детей с интеллектуальными нарушениями в условиях образовательного учреждения. – М.: Форум, НИЦ ИНФРА-М, 2016. – 192 с.
6. Московкина А.Г. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье. – М.:МПГУ, 2014. – 252 с.:
7. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. – 4-е изд., стер. – Москва: ФЛИНТА, 2019. – 376 с.
8. Павленок П.Д., Руднева М.Я. Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2014. – 185 с.
9. Поливарова З.В. Дифференциальная диагностика речевых дисфункций у детей дошкольного возраста. – 3-е изд., стер. – Москва: ФЛИНТА, 2019. – 136 с.
10. Пристupa Е.Н. Социальная работа с лицами с ограниченными возможностями здоровья. – М.:Форум, НИЦ ИНФРА-М, 2017. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/907959>.
11. Психология и педагогика / Под ред. Э.В. Островского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Вузовский учебник: ИНФРА-М, 2017. – 368 с.
12. Речицкая Е.Г., Гущина Т.К. Развитие познавательной сферы глухих учащихся с задержкой психического развития на индивидуальных коррекционных занятиях в младших классах: монография. – М.:Прометей, 2011. – 164 с.
13. Самыгин С.И., Щербакова Л.И. Психология развития, возрастная психология для студентов вузов. – Рн/Д:Феникс, 2017. – 220 с.
14. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Типология отклоняющегося поведения. Недостаточное развитие - 2-е изд. - М.:Генезис, 2016. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://znanium.com/catalog/product/933937>.
15. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Типология отклоняющегося развития. Модель анализа и ее использование в практической деятельности. – 2-е изд. – М.:Генезис, 2016. – 402 с.

16. Сорокина Н.А. Комплексная диагностика развития детей с речевыми нарушениями. – Москва: Издательство ВЛАДОС, 2018. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://new.znanium.com/catalog/product/1047043>.
17. Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом. – 4-е изд. – М.:Теревинф, 2015. – 336 с.
18. Холостова Е.И. Социальная работа с дезадаптированными детьми. – 3-е изд. – М.:Дашков и К, 2017. – 272 с.
19. Холостова Е.И. Социальная работа. – М.:Дашков и К, 2017. – 612 с.
20. Шевырева Т.В., Дорошенко О. Формирование коммуникативно-речевых способностей у детей с функциональными нарушениями зрения. – М.:МПГУ, 2015. – 96 с.

Интернет-ресурсы:

1. <http://www.rusnel.ru>
2. <http://znanium.com>
3. Интеллект-библиотека (IQlib) URL <http://www.iqlib.ru>
4. Научная электронная библиотека <http://www.elibrary.ru>
5. Национальная электронная библиотека РГБ <http://rusnel.ru>
6. Федеральный портал «Российское образование» <http://www.edu.ru/index.php> – нормативные документы, учебные, периодические издания, электронные библиотеки, каталоги, сайты.

РАЗДЕЛ 1. СТРУКТУРНО-СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

1.1. Понятие отклоняющегося развития

Базовым психологическим понятием, терминологически и содержательно адекватным применительно к самым различным категориям проблемных детей, является термин отклоняющееся развитие. Содержательная сторона понятия «отклоняющееся развитие» имеет исключительно психологическое наполнение. В тоже время этот термин по аналогии с медицинским (дизонтогенез) является понятным для других специалистов, в первую очередь для медиков и педагогов-дефектологов. Само понятие отклоняющегося развития отражает и качественный характер, и динамические характеристики состояния ребенка.

Начиная с 1915 г. вслед за врачом и психологом Г.Я. Трошиным, в отечественной науке принято считать, что наиболее общие закономерности, обнаруживаемые в психическом развитии нормального ребенка, прослеживаются и у детей, имеющих те или иные отклонения психики.

При любом развитии ребенка, как нормальном, так и отклоняющемся, во время формирования всех структур психики последние имеют тенденцию к изменению. Эти изменения проявляются в количественных, а затем и в качественных преобразованиях познавательных, регуляторных и других психических процессов и функций. К базовым характеристикам и закономерностям психического развития относятся указанные ниже психологические феномены:

1. Активность – способность психики самостоятельно изменяться под воздействием различных стимулов. Отличительной особенностью некоторых детей с особыми образовательными потребностями является то, что такая способность у них достаточно часто нарушена. То, чему ребенок в норме обучается самостоятельно и спонтанно (что ведет за собой и самостоятельные изменения в психике), ребенок с отклонениями может часто обучиться только направленно при применении специальных методов.

2. Обусловленность и закономерность – изменения психики в процессе развития происходят не случайным образом, а определяются фило- и онтогенетическими причинами и законам.

3. Последовательность – невозможно перейти на следующую стадию психического развития, «перескочив» предыдущие. Иногда те или иные стадии развития проходят очень быстро или неярко выражены, но это не значит, что их не было в (диз)онтогенезе. Например, ребенок может достаточно гармонично переживать кризис семи лет, и родители в это время могут не отметить каких-либо значительных проблем при его обучении и воспитании.

4. Необратимость – невозможность вернуться на предыдущую стадию психического развития. Даже при наличии регресса ребенок будет иметь качественно другую психику, отличную от той, которая была у него ранее. Например, при церебральном повреждении в возрасте 4-х лет и регрессе психических функций последние не будут в точности характеризовать этого же

ребенка, когда он был в более младшем возрасте.

5. Направленность (вектральность) – наличие в процессе развития перехода в сторону от простых к более сложным психическим образованиям.

6. Наличие трех результатов изменения психики – в результате развития возникают количественные, качественные и структурные преобразования, проявляющиеся в возникновении психических новообразований.

7. Наличие взаимодействий внешних и внутренних факторов развития психики – внешние факторы (в первую очередь, социальные) оказывают влияние на психику, всегда преломляясь во внутренних факторах. Даже самые незначительные психосоциальные влияния вызывают изменения на биологическом уровне (это могут быть микроскопические изменения на уровне клетки, которые невозможно диагностировать современным оборудованием).

8. «Метаморфозность» – ребенок является не просто маленьким взрослым, он – существо, которое обладает качественно другой психикой и развивается по другим временным законам. В том числе речь идет о том, что один и тот же временной интервал имеет различное качественно-количественное наполнение у ребенка и взрослого (например, за один месяц жизни новорожденного у последнего появляется множество важнейших новообразований, которые определяют дальнейшее развитие ребенка; во взрослом возрасте в течение этого же периода времени таких качественных изменений психики не происходит). Образным примером «метаморфозы», которая происходит в процессе взросления ребенка, в биологии является переход насекомого из куколки в бабочку. Так, ребенок является своеобразной «куколкой», которая имеет качественно другие характеристики, не сходные с теми, которые появятся впоследствии во взрослом возрасте.

9. Кумулятивность – результат развития каждой предшествующей стадии включается в последующую, при этом определенным образом трансформируясь. Более простые психические образования сменяются более системными и сложными; при этом примитивные психические функции не исчезают полностью, а логически «встраиваются» в новые функциональные системы.

10. Неравномерность – каждая из психических функций имеет свои стадии подъема, стабилизации и спада, т.е. развитию присущ колебательный характер.

11. Гетерохронность – разновременность, несовпадение во времени фаз развития отдельных органов и функций. При этом представляется важным не путать феномен гетерохронии и асинхронии. В обыденной жизни эти понятия часто употребляются как синонимы. Применительно же к психологии отклоняющегося развития это является серьезной методологической ошибкой. Так, асинхрония подразумевает нарушение нормативного закона гетерохронии (это тоже разновременность, но она «неверная» и не способствует адекватному развитию психики).

12. Системность – психика включает в себя множество структурных и функциональных единиц, которые находятся в определенных отношениях и

связях друг с другом и образуют определенную целостность, единство (например, функциональные системы по П.К. Анохину)

13. Пластичность нервной системы и психики – способность к перестройке структурных и функциональных ансамблей при значимых изменениях внешних и /или внутренних условий, что является основой адаптации и компенсации

14. Неустойчивость развития – развитие является сочетанием стабильных и нестабильных периодов развития.

15. Наличие сенситивных (критических) периодов развития – наличие периодов, которые характеризуется избирательной чувствительностью к определенным средовым воздействиям, особенно к воздействию обучения и воспитания.

16. Наличие зон актуального и ближайшего развития – в психическом развитии ребенка можно выделить уровень актуального развития (что уже сформировалось у ребенка на данный момент) и уровень потенциального развития (что ребенок способен освоить при помощи взрослого). Степень расхождения между этими двумя зонами и характеризует зону ближайшего развития.

17. Роль биологического в психическом развитии – любая психическая функция имеет в своей основе биологическую составляющую – особенности функционирования нервной, гормональной и других систем организма.

18. Роль среды в психическом развитии – среда является одновременно и условием («почвой»), и причиной развития.

Методологической основой для выделения этих характеристик и закономерностей в отечественной науке являются труды Л.С. Выготского. Таким образом, развитие любого ребенка, как в норме, так и при нарушениях, «представляет собой цепь переходов от одной стадии к качественно другой. Эти переходы осуществляются через кризисы, преодоление противоречий и появление психических новообразований. Следует отметить, что в каждой стадии содержатся элементы предыдущей и последующей».

При квалификации психического развития как нарушенного необходимо сравнивать особенности этого развития с характеристиками (критериями) нормального протеканием онтогенеза. Такой подход к психодиагностике обозначала и основатель отечественной патопсихологии Блюма Вульфовна Зейгарник, отмечая, что предметом патопсихологии должна являться структура нарушенной деятельности, «закономерности распада психической деятельности и свойств личности в их сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме».

В связи с этим встаёт вопрос о том, что же является нормальным психическим развитием? В разных культурах существуют свои возрастные нормативы развития, поэтому говорить о наличии «универсальной нормы» неправомерно. Вследствие этого более корректно использовать термин «условно-нормативное развитие», подразумевающее, что критерии нормативности зависят от различных условий, в первую очередь, от тех требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному

развитию каждого из его членов. Предлагая такой подход, К.М. Гуревич и соавторы используют также термин «социально-психологический норматив». С этой точки зрения ребенок, удовлетворяющий требованиям общества, в котором он живет, будет рассматриваться как условно-нормативно развивающийся (в пределах своего социально-психологического норматива).

Между тем, несмотря на безусловную значимость социального критерия нормативности развития, нельзя оценивать психический статус ребенка без учета его индивидуальных особенностей и других психологических критериев диагностики. Обобщая различные научные исследования, можно выделить ряд критериев нормативности развития, на которые следует ориентироваться детскому психологу при обследовании детей (табл. 1).

Таблица 1

Критерии условно-нормативного развития

Критерий развития	Характеристика критерия
Социально-культурный	Качественно-количественные показатели развития ребенка соответствуют требованиям социума, в котором он живет
Статистический	Уровень развития ребенка, а также количество, качество и выраженность психических отклонений соответствуют подавляющему большинству детей его возраста и культуры
Индивидуальный	Нормативность развития определяется индивидуальными склонностями и характеристиками ребенка, в частности возможностью ребенка удовлетворять свои потребности, не нанося ущерба себе и окружающему
Адаптационный	Ребенок обладает способностью успешно адаптироваться (приспосабливаться) к изменяющимся условиям (к физическим и социальным изменениям) – в норме общая сумма механизмов, приводящая к оптимальному состоянию организма, значительно преобладает над механизмами, приводящими к дезадаптации (по П.К. Анохину)
Синдромологический	При нарушении развития у ребенка существует актуальное синдромальное единство и очевидность патологических феноменов; в свою очередь, при условно-нормативном развитии отмечается мозаичность таких феноменов (систематизированность присутствует только в виде относительно незаметных акцентуаций).

Учет указанных критериев позволяет более комплексно и системно подходить к процессу диагностики психического развития, как в норме, так и при патологии.

Категории нарушенного развития. Новые движения, теории и парадигмы в

социологии дают основания говорить о взаимодействии неоклассической, постклассической, неклассической, постнеклассической, постмодернистской парадигм и метапарадигм. Все они станут предметом анализа во второй части учебника. Что дает такое «комбинированное» изучение истории социологии, включающее в себя выделение временных этапов и периодов, выявление сути основных направлений, течений, школ, парадигм, характерных для каждого из них и представленных специфически в той или иной стране, и, наконец, рассмотрение взглядов крупнейших представителей социологической мысли, выражающих специфику этих направлений и парадигм.

Термин «дизонтогенез» впервые употребил в 1927 г. Швальбе, обозначив им отклонения внутриутробного формирования структур организма от их нормального развития. Впоследствии этот термин стал широко применяться не только в медицине, но и в педагогике и психологии. В настоящее время существует большое число понятий и подходов, характеризующих детей, отличных по своему развитию от нормы.

Так, В.В. Лебединский, под феноменом «дизонтогенеза» подразумевал «различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, период, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма ещё не достигли зрелости». В этом определении содержится важное указание на то, что об отклонении именно в развитии ребенка можно говорить лишь в период морфо-функционального созревания всех структур индивидуума (в среднем этот период длится до двадцати одного года). Применительно к расстройствам, возникающим после окончания формирования всех систем организма, использовать понятие «дизонтогенез» является методологически некорректно – в этом случае речь идет не об отклонении в развитии, а уже о возникновении повреждений и собственно психических расстройств.

В настоящее время все бóльшую популярность приобретает термин «отклоняющееся развитие». По В.М. Сорокину здесь речь идет об обычном развитии, протекающем в необычных (неблагоприятных) условиях, «патогенная сила которых превосходит компенсаторные возможности индивида, не нарушая при этом целостности психики, модифицируя лишь уровень ее опосредованности». Следовательно, делается акцент, что такое развитие по своей сути не отличается от нормативного и протекает по тем же законам. Базовое отличие состоит в том, что при отклонении, в силу неблагоприятных внешних и/или внутренних условий, нарушается способность к адаптации, то есть к восстановлению оптимального баланса внутри организма за счет перестройки сохранных и нарушенных функциональных систем.

Рассматривая проблему развития сквозь призму социального контекста, М.М. Семаго и соавторы определяют отклоняющееся развитие как «выход психического развития в целом или его отдельных системообразующих компонентов (структур, функциональных систем) за пределы социально-психологического норматива (условно-нормативного развития), определяемого для конкретной образовательной, социокультурной, национальной/этнической ситуации вне зависимости от знака отклонения (опережение или запаздывание)».

Другими словами, отправной точкой для оценки качества формирования структур и функций организма являются критерии нормативности развития. Эти критерии будут иметь свою специфику в каждом конкретном социуме и культуре (например, умение читать в нашей культуре не рассматривается как норма в некоторых африканских племенах). Чрезвычайно важным представляется выделение авторами опережающего темпа развития (то есть со знаком «плюс») в качестве ненормативного. Так, одаренность, для которой часто характерен убыстренный темп формирования ряда функций, впервые относится М.М. Семаго и Н.Я. Семаго как вариант отклоняющегося развития.

Согласно подходу Ю.В. Микадзе, можно выделить три основных варианта психического развития ребенка, рассматриваемых в нейропсихологии детского возраста (табл. 2). В основе выделения этих вариантов лежат два критерия:

- 1) наличие неблагоприятных биологических и /или средовых факторов;
- 2) способность к компенсации.

Соответственно выделяется:

- 1) нормальное (нормативное) развитие;
- 2) отклоняющееся развитие (отличное от нормативного, но не достигшее патологической формы);
- 3) патологическое (нарушенное, измененное) развитие.

Таблица 2

Варианты психического развития по Ю.В. Микадзе

Критерии развития / Вариант развития	Неблагоприятные биологические и/или средовые факторы	Способность к компенсации
Нормальное развитие	Отсутствуют	Присутствует
Отклоняющееся развитие	Присутствуют	Присутствует
Патологическое развитие	Присутствуют	Отсутствует

Таким образом, в основе этой типологии развития лежит адаптационный подход, где главным показателем нарушения онтогенеза является не столько наличие факторов риска, сколько способность организма приспособиться к таким негативным условиям развития.

В настоящее время наиболее распространенным термином, характеризующим описываемых детей, является термин «ребенок с особыми образовательными потребностями». Под ним понимается ребенок, нуждающийся в специально организованной воспитательной и образовательной среде, во время обучения которого требуется применение особых дидактических методов и приемов. При этом делается акцент, что такие особые условия воспитания и обучения могут быть созданы как в специальных (коррекционных) учреждениях, так и в общеобразовательных. По Е.Л. Гончаровой и соавторы, у изучаемой категории детей выделяется как минимум семь основных особых образовательных потребностей, которые мы перечислим далее.

1. «Потребность в совпадении начала специального целенаправленного обучения с моментом определения нарушения в развитии ребенка».

Следовательно, требуется как можно более раннее время выявления (диагностики) отклонения и максимально быстрое после этого начало коррекционно-развивающих и обучающих мероприятий. Такой подход способствует не только своевременной коррекции нарушений, но и позволяет предупреждать развитие вторичных и третичных дефектов и осложнений состояния ребенка.

2. «Потребность во введении специальных разделов обучения, не присутствующих в содержании образования нормально развивающегося ребенка». Здесь речь идет о необходимости в разработке и переработке специальных образовательных стандартов. Эти стандарты должны касаться не только обучения и воспитания в дошкольных и школьных учреждениях, но и в учреждениях высшего образования.

3. «Потребность в построении «обходных путей», использовании специфических средств обучения; потребность в более дифференцированном, «пошаговом» обучении, чем этого обычно требует обучение нормально развивающегося ребенка». Следовательно, необходимо создавать специальные методы и средства обучения с учетом нозологического подхода. В связи с важностью более дифференцированного и детального образовательного процесса требуется увеличение его общего времени (при этом одно занятие, наоборот, может быть меньше по времени, чем при работе с нормально развивающимися детьми).

4. «Потребность в особой организации обучения». Подразумевается необходимость индивидуального подхода к процессу обучения и воспитания, который учитывает не только тип нарушения (отклонения), но и качественные особенности психики каждого ребенка. В связи с этим специалисты, работающие с такими детьми, должны обладать навыками и умениями адаптировать уже готовые специальные дидактические методы и средства обучения к уникальным способностям и возможностям конкретного ученика с особыми образовательными потребностями.

5. «Потребность в максимальном расширении образовательного пространства за пределы образовательного учреждения». Дети с особыми образовательными потребностями нуждаются в постоянном обучении и воспитании, в том числе и за пределами детских садов, школ, кружков и секций. В противном случае у них возникают сложности переноса полученных ими знаний и умений в обыденную жизнь. Подобное расширение образовательного пространства должно достигаться не только за счет специалистов, работающих с детьми во время их досуга или в домашних условиях, но и за счет повышения психологической компетентности родителей в вопросах обучения и воспитания детей.

6. «Потребность в пролонгированности процесса обучения и выход за рамки школьного возраста». У детей с особыми образовательными потребностями, как правило, процесс обучения происходит в более медленном темпе, в том числе за счет снижения способностей к приему, переработке и хранению информации, а также сниженной мотивации к учению. Поэтому обучить их необходимым для гармоничной жизни навыкам до восемнадцати лет

часто невозможно. Вследствие этого требуется увеличение длительности осуществления образовательных программ (эта длительность должна определяться индивидуально-нозологическими особенностями нарушений).

7. «Потребность в согласованном участии квалифицированных специалистов разных профилей (специальных психологов и педагогов, социальных работников, врачей разных специальностей, нейро- и психофизиологов и др.), во включение родителей проблемного ребенка в процесс его реабилитации средствами образования и их особая подготовка силами специалистов». Для более эффективной интервенции ребенка и системной его реабилитации, кроме участия педагогов и психологов, необходимо также включение других профессионалов, в том числе медицинского профиля.

Таким образом, как правило, речь идет о необходимости проведения медико-психолого-педагогических мероприятий с обязательным участием в них семьи ребенка. В каждом конкретном случае тот или иной специалист может оказаться ведущим по отношению другим. В любом случае основной целью такого вмешательства является интеграция ребенка в общество, то есть его социализация. Итак, в этом подходе намечается важная тенденция к интеграции таких детей в общество здоровых, обращается особое внимание на нужды и потребности такой категории лиц и указывается на необходимость пересмотра системы коррекционно-развивающей помощи.

1.2. Исторические системно-эмпирические психологические классификации психического дизонтогенеза

Эта группа психологических классификаций аномального развития первоначально основывается на практическом опыте работы с детьми, имеющими те или иные отклонения. В результате систематизации эмпирических данных выделяются группы нарушений, которые наиболее часто встречаются в реальной работе практических психологов и педагогов. Впоследствии эти расстройства объединяются на основании общих этиопатогенетических механизмов.

Системный подход к дизонтогенезу подразумевает также родовидовую категоризацию аномалий развития – выделение в каждой группе расстройств отдельных подвидов нарушений. При этом все варианты дизонтогенеза анализируются с многомерных позиций, в различных системах измерения (например, с позиции «первичности – вторичности нарушения», диагностики, коррекции, прогноза развития и т.п.).

1. Классификация отклоняющегося развития В.В. Лебединского.

Наиболее распространенной и ставшей классической систематизацией психического дизонтогенеза такого рода является классификация вариантов отклоняющегося развития, предложенная В.В. Лебединским. В основу данной классификации положены эмпирические систематизации дизонтогенеза Г.Е. Сухаревой, Л. Каннера и Я. Лутца. Автор в своей классификации выделяет три этиологические группы психического дизонтогенеза:

1) «отставание в развитии»;

- 2) «асинхрония развития»;
- 3) «поломка в развитии».

В каждую из этих групп включено по два варианта аномального развития (рис. 1).

По данным В.В. Лебединского «при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза. Например, при ранней детской шизофрении можно наблюдать как задержанное и искаженное развитие, так и более грубую форму – недоразвитие (так называемый «олигофренический плюс») и даже поврежденное развитие (при злокачественном течении процесса). Эта особенность позволяет рассматривать отдельные варианты дизонтогенеза не как самостоятельные, независимые, образования, а, скорее, как синдромы аномального развития, которые нередко могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего».

Как отмечают М.М. Семаго и Н.Я. Семаго, классификацию В.В. Лебединского нельзя считать в полной мере психологической, «поскольку и некоторые основания, и наименования отдельных вариантов отклонений имеют клинически ориентированную, фактически нозологическую квалификацию». Таким образом, эта систематизация нарушений развития является скорее клинико-психологической, отражающей как медицинские аспекты рассмотрения дизонтогенеза, так и нейропатопсихологические. Кроме того, в этой типологии, которая практически не пересматривалась автором с 80-х годов, отсутствуют современные варианты дизонтогенеза, появившиеся в начале XXI века. Например, одно из наиболее распространенных в настоящее время нарушений «гиперактивность с дефицитом внимания» нельзя в полной мере включить ни в один из указанных типов аномального развития. Между тем, несмотря на недостатки, заложенная В.В. Лебединским методология исследования нарушенного развития до настоящего времени является одной из главных основ современной специальной психологии.



Рис. 1. Классификация вариантов аномального развития
В.В. Лебединского

Разработанная классификация нарушений развития является методологической базой для множества отечественных психолого-педагогических исследований на протяжении уже более тридцати лет. По сути большинство последующих концепций психического дизонтогенеза опираются именно на учение В.В. Лебединского, дополняют и конкретизируют его.

1. Типология отклоняющегося развития М.М. Семаго и Н.Я. Семаго.

Среди современных комплексных психологических подходов к систематизации вариантов психического дизонтогенеза наиболее весомое место занимает типология М.М. Семаго и Н.Я. Семаго. По словам авторов, «предлагаемая типология, как и любая другая, достаточно условна. Она

описывает относительно чистые, изолированные варианты отклоняющегося развития, при том что в жизни они могут частично накладываться друг на друга, пересекаться». В этой типологии выделяется четыре типа отклоняющегося развития – недостаточное, асинхронное, поврежденное и дефицитарное (рис. 2). Каждый из указанных типов делится на несколько видов отклоняющегося развития, которые, в свою очередь, подразделяются на отдельные варианты. Эти варианты могут включать в себя специфические формы отклонений.

Типология М.М. Семаго и Н.Я. Семаго основывается на концепции В.В. Лебединского (см. рис. 1, 2). Так, в обеих концепциях в рамках нарушений, вызванных недостаточностью (отставанием) развития различных компонентов психики, выделяется группа расстройств, которая на клиническом уровне обозначается как «умственная отсталость» (на психологическом уровне речь идет о тотальном (психическом) недоразвитии). Кроме того, здесь рассматривается и один из наиболее распространенных видов нарушений в детском возрасте – задержка психического развития. В отличие от классификации В.В. Лебединского, в типологии М.М. Семаго и Н.Я. Семаго в данный тип недостаточного развития также включаются и парциальные нарушения отдельных аспектов психической деятельности (с классических позиций многие из этих расстройств рассматривались ранее в рамках задержанного развития).

Вторая группа отклонений в обеих концепциях характеризуется наличием наиболее выраженной асинхронии развития, то есть нарушением нормативного закона гетерохронии. Здесь, кроме аутистических расстройств (искаженного развития) и иных патологий личности (дисгармоничного развития) в типологии М.М. Семаго и Н.Я. Семаго впервые в качестве отдельных видов отклоняющегося развития выделены одаренность и так называемое дезинтегративное развитие.

Для третьей группы отклонений развития по В.В. Лебединскому свойственно наличие «поломки» в функционировании психики. Такая «поломка» может возникнуть фактически в любой период детского онтогенеза. Так, в результате воздействия вредности развиваются либо состояния детской деменции (поврежденное развитие, возникающее после 2-3 лет), либо расстройства анализаторных и иных систем организма (пре- постнатальное дефицитарное развитие). В свою очередь, согласно М.М. Семаго и Н.Я. Семаго, поврежденное и дефицитарное развитие следует рассматривать отдельно друг от друга в разных типологических группах.



Рис. 2. Классификация дизонтогенеза В.В. Лебединского и типология отклоняющегося развития М.М. Семаго и Н.Я. Семаго

Другой важной отличительной особенностью типологии М.М. Семаго и Н.Я. Семаго является и более широкое понимание категории «повреждение». Так, помимо общепринятого церебрально-органического повреждения, здесь рассматривается и повреждение в результате психической травмы.

Таким образом, предложенная М.М. Семаго и Н.Я. Семаго типология, обобщая предыдущие методологические позиции психологии отклоняющегося развития, предлагает современный психологический подход к квалификации детских нарушений психики с учетом современных эмпирических и теоретических научных данных.

2. **Нейропсихологическая классификация нарушений психического развития у детей А.В. Семенович.**

Особое место в типологиях дизонтогенеза следует выделить классификациям, ориентированным непосредственно на особенности мозговой организации онтогенеза. В данном случае речь идет о нейропсихологическом подходе к рассмотрению нарушенного развития, основанном на методологии А.Р. Лурия. К одной из наиболее популярных таких классификаций относится синдромальная систематизация отклоняющегося развития, разработанная А.В. Семенович. Согласно автору, в этой классификации «приведены «срединные» варианты проявления того или иного функционального дизонтогенеза, возникающие в плоскости проблем индивидуальных различий в детском возрасте. Они могут иметь существенно более грубый вид, а могут проявляться как нейропсихологическая акцентуация оптимального в целом развития». Кроме того, отмечается, что при описании вариантов нарушений развития «намеренно отсутствует их нозологическая дифференциация («олигофрения», «минимальная мозговая дисфункция», «аутизм», «опухоль мозга», «сенсорная алалия» и т.д.), поскольку эмпирические данные убеждают, что с точки зрения формирования мозговой организации психических процессов различные клинические случаи и варианты, например, школьной дезадаптации (то есть нижненормативного, строго говоря, типа развития) могут иметь аналогичные нейропсихологические механизмы. За этим стоят единые закономерности церебрального обеспечения психической деятельности в онтогенезе, которые актуализируются универсально». Кроме того, важно учитывать, что различные высшие психические функции, являющиеся наиболее сложными и опосредованными, часто управляются одними и теми же церебральными структурами. Поэтому при схожей топологии у разных детей могут проявиться совершенно разные варианты психической патологии.

В классификации отклоняющегося развития А.В. Семенович описаны шесть основных синдромов, наблюдаемых у детей-правшей. Эти синдромы дифференцированы на две подгруппы – «синдромы несформированности» и «синдромы дефицитарности» (рис. 3). Такое их деление методологически связано с тем, что определенные структуры мозга, например, субкортикальные образования, успевают практически окончательно сформироваться достаточно рано (до одного года). Поэтому, в случае воздействия вредоносного фактора на эти фактически сформированные образования, они могут оказаться только в дефицитарном состоянии, но никак не в состоянии «несформированности»

(поскольку их формирование, как сказано выше, уже почти завершилось). С позиций В.В. Лебединского здесь также возможно и повреждение этих функций.



Рис. 3. Синдромальная классификация отклоняющегося развития А.В. Семенович

Таким образом, в практической деятельности психолога для определения того, является ли нарушенная функция несформированной или дефицитарной, специалисту необходимо четко знать онтогенетические периоды формирования морфологических структур нервной системы и, соответственно, психических функций.

1.3. Типология отклоняющегося развития

В историческом аспекте типологизация индивидуальных особенностей человека, скорее всего, имеет такую же древнюю историю, как и история философской мысли. Одно только перечисление различных подходов и вариантов типологизации темперамента, характера, личности и пр., фамилий известных психологов и философов может составить не одну страницу. Наиболее полные описания подходов к типологизации личности и отдельных

психологических характеристик приведены в работах А.В. Батаршева (2001, 2005) и Ю.П. Платонова (см. Психологические портреты персонала..., 2003; Психологические типологии..., 2004). Существует огромное разнообразие типологий, касающихся развития, которое мы называем «нормативным». В первую очередь это оценка различных вариантов взрослой «нормы». Лишь отдельные типологические модели посвящены особенностям, выходящим за пределы нормативного. К последним можно отнести типологию акцентуации по З. Фрейду (психоаналитическая типология), типологии акцентуации личности К. Леонгарда и А.Е. Личко, а также некоторые психолого-педагогические типологизации, отражающие проблемы, связанные с неуспеваемостью и школьной дизадаптацией, особенностями нарушения личности в условиях обучения (см. Психологические типологии., 2004).

Рассмотрим четыре типа отклоняющегося развития: недостаточное, асинхронное, поврежденное и дефицитарное (рис. 4).



Рис. 4. Типы отклоняющегося развития

Недостаточное развитие характеризуется дефицитом произвольной регуляции психической активности и пространственно-временных представлений, которые отражают состояние регуляторного обеспечения психической активности и ментальных структур, определяющих развитие познавательной деятельности. Аффективная организация важна, но для выделения этой группы второстепенна, поскольку влияет не столько на характер развития, сколько на его особенности внутри группы. Ее анализ позволяет разграничивать отдельные варианты (формы) этого типа по характеру поведенческих особенностей и аффективного реагирования.

Для асинхронного развития характерна специфика сформированности в первую очередь структуры аффективной организации и соответствующих феноменологических проявлений, а также произвольной регуляции, определяемой стоящим за ней регуляторным обеспечением психической активности. Любой поведенческий акт или аффективное проявление существует в пространственно-временном континууме, однако сформированность пространственно-временных представлений, отражающих состояние ментальных структур субъекта, носит в этом случае второстепенный характер.

Наличие резких изменений психического развития в результате каких-либо внешних воздействий, приводящих либо к органическим повреждениям, либо к психической травме, говорит нам о психическом развитии по типу поврежденного, соответственно выделяется группа детей с поврежденным развитием. В этом случае важно проанализировать историю развития (анамнез) и объективные данные, касающиеся времени возникновения повреждений. Помимо анализа феноменологической специфики и особенностей сформированности компонентов базовой структурной организации, важными факторами являются время возникновения и характер поражения.

При сочетанной недостаточности анализаторных и опорно-двигательных систем, изначально существующей или возникшей в раннем возрасте и приводящей к специфичной дефицитарности базовых структур, мы относим детей к многовариантной типологической группе дефицитарного развития.

Дадим краткую характеристику типов отклоняющегося развития.

1. Недостаточное развитие – к этой типологической группе относятся виды отклоняющегося развития, для которых специфичной является именно недостаточность развития (по отношению к средне нормативному) всех или отдельных психических процессов и функций.

Несформированы регуляторное обеспечение психической активности и ментальные структуры, то есть первоочередной является проблема недоразвития познавательной деятельности. Аффективная организация в данном случае второстепенна.

Основные критерии выделения группы недостаточного развития:

1) выражено недостаточная сформированность познавательной деятельности, не соответствующая возрастным нормам динамика ее формирования.

2) специфика сформированности регуляторного обеспечения и ментальных структур.

3) отсутствие врожденной или приобретенной в раннем возрасте дефицитарности какой-либо дистантной анализаторной системы (слуха, зрения) или опорно-двигательного аппарата.

4) эффективность специфичной коррекционно-развивающей работы специалистов и комплексного сопровождения ребенка в целом, особенности организации образовательного маршрута (катамнестические данные).

Дополнительные критерии:

1) время возникновения недостаточности познавательной деятельности (до 2,5-3 лет) или явная недостаточность ее предпосылок в раннем возрасте (психомоторное развитие, познавательная активность и т.п.).

2) непрерывность и последовательность психического развития без нарушения плавности в результате воздействия какого-либо фактора (прививки, травмы, соматического заболевания, психической травмы и т.п.).

Имеется в виду, что нет резкого изменения как качества, так и динамики психического развития, когда на смену условно-нормативному или близкому к нему развитию приходит выраженная недостаточность познавательной деятельности. В этом случае мы будем говорить не о недостаточном, а

о поврежденном развитии.

Первопричины недостаточного развития могут быть разными – от выраженных органических поражений ЦНС, в том числе и генетически обусловленных, до неярко выраженной специфики функциональной организации мозговых систем и социальных условий развития. Для этого типа основными являются те компоненты, которые наиболее полно включены в формирование познавательной деятельности: произвольная регуляция психической активности и пространственно-временные репрезентации. То есть речь идет в первую очередь о нейробиологической составляющей развития и пространственно-функциональной организации мозговых систем, а социальные условия развития второстепенны.

На феноменологическом уровне у детей этой группы наблюдаются проблемы регуляторного и когнитивного плана (проблемы познавательной деятельности), осложняющиеся спецификой формирования аффективной сферы. Последняя опосредованно, через личностные особенности ребенка и его аффективно-эмоциональное реагирование и поведение будет модулировать характер деятельности.

Можно выделить три вида недостаточного развития, различающихся как по характеру, так и по выраженности нарушений (рис. 5):

- 1) тотальное недоразвитие;
- 2) парциальное недоразвитие отдельных компонентов психической деятельности;
- 3) задержанное развитие.

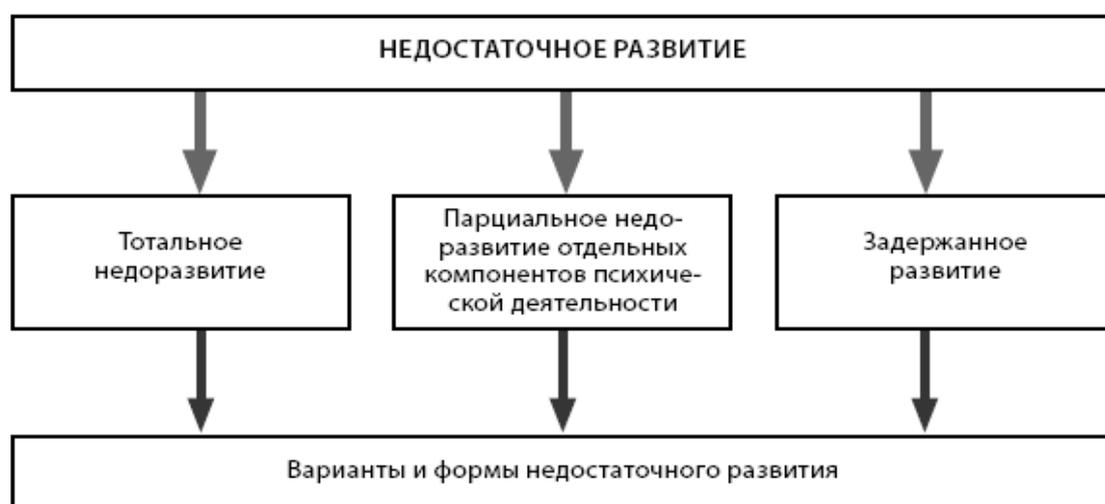


Рис. 5. Виды недостаточного развития

В свою очередь, каждый вид расщепляется на отдельные варианты и формы.

2. Асинхронное развитие – этот тип получил такое название, поскольку нарушается основной принцип развития – синхронность. При оценке состояния ребенка из этой группы можно увидеть сочетания недоразвития и ускоренного

(акселеративного) развития отдельных психических сфер, при которых возникают явления социальной и поведенческой дизадаптации. Отмечается искажение в последовательности формирования структур психического развития, когда в нарушение фундаментальных законов развития отдельные процессы и функции развиваются «по-своему», искаженно, образуя оригинальные, порой причудливые структурные образования, где верхние функциональные уровни могут быть сформированы лучше, чем нижние.

Асинхрония развития в той или иной степени присуща самым разным категориям отклоняющегося развития, то есть не является специфичной только для данной группы. Тем не менее такое обозначение именно этой группы имеет исторические основания. Во-первых, как и многие другие термины, оно пришло из детской психиатрии и было закреплено за определенной категорией психического дизонтогенеза. Термин понятен специалистам-медикам, психологам и дефектологам, используется в психологической литературе, в частности, в монографии В.В. Лебединского (1985). Во-вторых, в содержательном плане мы говорим именно об асинхронии развития всех (или некоторых) базовых компонентов структурной организации, что специфическим образом проявляется во всех сферах (регуляторно-волевой, когнитивной, аффективно-эмоциональной).

В первую очередь страдают система аффективной организации и регуляторное обеспечение психической активности. Вследствие этого своеобразно формируются Я-концепция, самосознание и самооценочные структуры, возникают специфичное поведение и явные трудности адаптации. Все это не может не оказать влияния и на формирование пространственно-временных представлений.

Основные критерии выделения типа асинхронного развития:

- 1) значительная неравномерность развития и своеобразная дезинтеграция сфер психического;
- 2) поведенческая и социоэмоциональная дизадаптация;
- 3) специфика сформированности в первую очередь аффективной организации и произвольной регуляции психической активности, при которой наблюдается характерная для этого типа дисгармония или даже искажение в формировании их уровневых структур;
- 4) определяющее (для большинства вариантов этой группы) влияние социальных условий и окружения ребенка на его психическое развитие.

Критерии выделения отдельных вариантов и форм асинхроний развития:

- 1) время возникновения изменения состояния ребенка, когда на фоне в целом условно-нормативного развития или акселеративного развития отдельных областей психического возникают специфические поведенческие или эмоциональные феномены, дизадаптирующие жизнь ребенка и его семьи;
- 2) семейные, в том числе наследственные предрасположенности, в целом модулирующие психическое развитие ребенка;
- 3) выходящее за пределы условно-нормативного акселеративное развитие парциальных способностей.

В качестве одной из основных причин асинхронного развития мы

рассматриваем социальные условия, включая семейную ситуацию и социальное окружение ребенка. На наш взгляд, социальные условия влияют на формирование психического развития по этому типу значительно сильнее, чем принято считать. Помимо семьи и ближайшего окружения ребенка, огромное влияние оказывает образовательная среда, в которой ребенок проводит большую часть времени. Для некоторых категорий этой группы образовательную среду можно рассматривать как основной фактор формирования асинхронии.

Дополнительный фактор, определяющий асинхронность развития, – жизнь ребенка в иной этнической/национальной среде, иных культурологических условиях, чем те, к которым он был предуготован жизнью предков, семьи и наследственной предрасположенностью. Для некоторых вариантов асинхронного развития (входящих в вид «искаженное развитие») достаточно трудно говорить о причинах, поскольку на сегодняшний момент они до конца не ясны.

На феноменологическом уровне мы наблюдаем широкий спектр поведенческой дизадаптации: от вредных привычек, трудностей адаптации в новых условиях, выраженной демонстративности, специфичности эмоционального реагирования до полного отсутствия контакта с окружающим миром, неадекватных аффективных реакций, самоповреждающих действий и т.п.

В рамках асинхронного типа могут быть выделены следующие виды развития (рис. 6):

- дисгармоничное развитие;
- одаренность;
- искаженное развитие;
- дезинтегративное развитие.

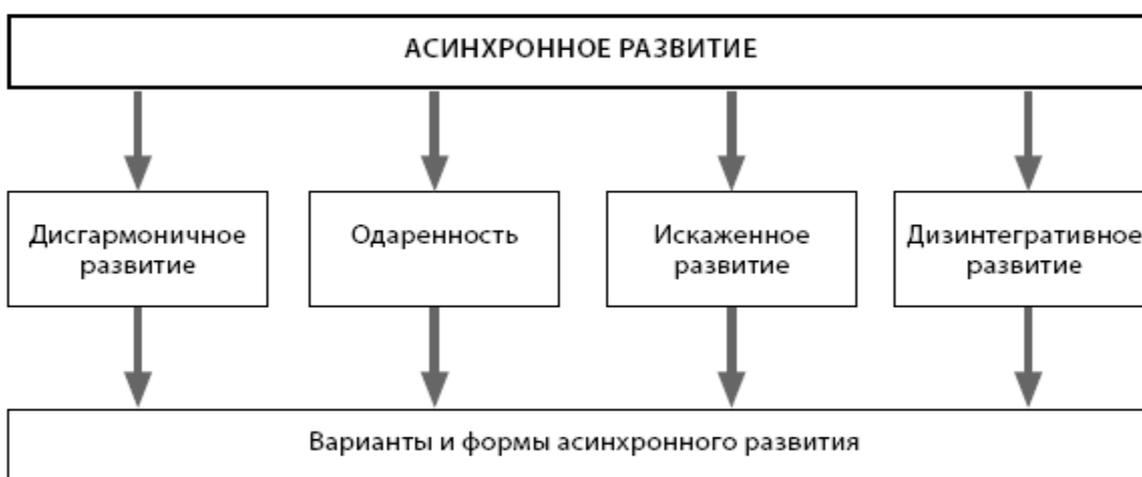


Рис. 6. Виды асинхронного развития

Дисгармоничное развитие характеризуется спецификой формирования аффективной организации по типу уровневой дисфункции при сохранности общей структуры и иерархии системы аффективной организации в целом. Несомненно, будет наблюдаться и определенный сдвиг пропорций в развитии всех уровней, не приводящий в то же время к повреждению механизмов

эмоциональной регуляции. Все это позволяет системе аффективной организации пусть и недостаточно адекватно, но выполнять свои задачи по аффективной тонизации деятельности и по адаптации в окружающей среде. Подобная дисфункциональность не приводит к значимым нарушениям познавательной деятельности и регуляции.

Можно выделить и отдельные варианты со специфичными для каждого феноменологическими проявлениями – принципиально различными способами реагирования детей в различных ситуациях при воздействиях окружающей среды. В основу обозначения выделяемых вариантов положен характер дисфункции аффективной организации разных уровней и соответственно аффективного реагирования и аффективного тонуса детей. Наиболее адекватной в терминологическом плане представляется собственно психологическое обозначение реагирования: экстра- и интропунитивность. Соответственно выделяются экстрапунитивный (при гиперфункции базовых уровней аффективной организации) и интропунитивный (при недостаточности аффективного тонуса) варианты дисгармонического развития. Поведенческие проявления при этих вариантах будут противоположными – неуверенность в себе, склонность к навязчивым проявлениям, тревожность и т.п. при интропунитивной форме и яркая демонстративность, склонность к рискованным формам поведения, желание быть всегда на виду и т. д. при экстрапунитивной.

В рамках дисгармонического развития мы рассматриваем и вариант, связанный с нестабильностью психического (аффективного) тонуса. Он переходный – это категория детей, имеющая много общего с одним из вариантов регуляторной недостаточности деятельности – с низким уровнем психического тонуса.

Вид «одаренность» полностью отвечает основным критериям асинхронного развития: у детей этой группы наблюдается неравномерность развития отдельных сфер, их выражено ускоренное развитие, поведенческая и/или социоэмоциональная дизадаптация. Все больше современных исследователей начинают рассматривать одаренность как вариант отклоняющегося развития, пусть даже и в «+» сторону.

В этой группе можно выделить детей с парциальными вариантами одаренности (музыкально, художественно, математически одаренные дети и т.п.) и тотально одаренных во всех сферах деятельности. Особняком стоят гении – «артефакт» природы – на них очень трудно распространить какие-либо модели анализа, в том числе и нашу, поскольку убедительных причин появления одаренности наука пока еще не обнаружила.

Все варианты одаренности объединяет выраженная асинхрония – сверхразвитие одних сфер и нормативное развитие других. И здесь можно увидеть переходные варианты, когда одаренность (парциальная или тотальная) со временем (иногда уже во взрослом возрасте) или даже с самого начала смешивается или сливается с другой группой асинхронного развития – с искаженным развитием и начинает приобретать черты явной социальной и поведенческой дизадаптации.

Для искаженного развития характерно грубое искажение базовых структур

психического развития и вследствие этого искаженное формирование психических сфер. При одних вариантах следует говорить о преимущественном искажении аффективно-эмоциональной сферы, доходящей до дефицитарности всей уровневой системы аффективной организации. Речь идет о детях с аутистическими расстройствами, в современной терминологии – о детях с расстройствами аутистического спектра (РАС).

РАС – термин, квалифицирующий обширную группу подобного отклоняющегося развития, именно его мы будем использовать. При этом варианте психического дизонтогенеза аффективный тонус оказывается грубо дефицитарным, аффективная организация не в состоянии обеспечить решение собственно смысловых задач адаптационного поведения ребенка. Это приводит к грубейшей поведенческой и социальной дизадаптации, проявляющейся в вычурности, нелепости поведения, невозможности «считывания» эмоционального контекста ситуации, наличии разнообразных двигательных и речевых стереотипий, крайне специфических способах взаимодействия и неповторимой картине коммуникативных особенностей. Искажение в развитии аффективной сферы приводит и к своеобразному искажению развития других компонентов базовой структурной организации – регуляторного обеспечения психической активности и ментальных структур, что определяет искажение пропорций в развитии и когнитивной, и регуляторно-волевой сфер, формируя своеобразный рисунок поведения и социальной адаптации и специфичную недостаточность познавательной деятельности, что нередко является причиной диагностических ошибок.

При другом варианте искаженного развития (преимущественном искажении когнитивной сферы) на первый план выходят искажения познавательной деятельности и связанная с ними дизадаптация ребенка в социуме. Имеются в виду варианты детской шизофрении или атипичного (процессуального) аутизма (Башина, 1999). Для этого варианта характерен период нормативного или даже акселеративного развития психических функций, после которого возникают специфичные проявления – утрата уже имеющихся умений и живости реагирования, отказ от контактов с близкими, уход в сферу своих порой очень специфичных интересов и т.п. (Башина, 1989). Есть особенности и в развитии познавательной деятельности. Последняя характеризуется искажениями структуры, спецификой мышления: разноплановостью, категоризацией по латентным признакам, аффективной заряженностью отдельных «зон» и т.п.

Вид «дизинтегративное развитие» был выделен исключительно в результате использования трехкомпонентной модели анализа. Развитие детей этой категории характеризуется дезинтеграцией развития всех трех психических сфер, которая становится очевидной к возрасту 2-2,5 лет.

Создается впечатление, что каждый из компонентов базовой структурной организации психического, в целом развиваясь в соответствии с онтогенетическими закономерностями, не связан в формировании с двумя остальными: каждый из них нормативен, но... независим. Различия наблюдаются именно в темповых показателях формирования каждого из

компонентов.

3. Поврежденное развитие. Вслед за классиками отечественной психиатрии и психологии к поврежденному мы относим такие виды отклоняющегося развития, когда имеется какое-либо повреждающее воздействие, в первую очередь на центральную нервную систему ребенка, либо была психическая травматизация. Принято считать, что феномены повреждения возникают только при воздействии повреждающих факторов после возраста 2,5-3 лет, когда часть психических функций уже сформирована или находится в активной стадии формирования. При этом именно фактор возраста, при котором возникло повреждение, имеет приоритетное значение для выделения такой группы.

В этой ситуации скорее следует говорить не столько о недостаточной сформированности базовых структур психического, сколько об особенностях их дальнейшего развития в условиях последствий органического повреждения.

При наличии у детей психической травмы можно говорить о непосредственном повреждении системы аффективной организации, и потому такие дети выделяются в особую подгруппу поврежденного развития.

Основные критерии выделения типа поврежденного развития:

1) наличие объективно подтвержденного повреждающего воздействия и соответствующего повреждения центральной нервной системы (черепно-мозговая травма, опухоль, менингит, энцефалит и т.п.), либо объективное наличие психотравмирующего воздействия (социальная или техногенная катастрофа, увечье, физическое или эмоциональное насилие и т.п.);

2) время повреждения ЦНС (после 2,5-3-х лет);

3) условно-нормативное или близкое к нему психическое развитие ребенка к моменту повреждающего воздействия;

4) значительное изменение психического развития (в диапазоне, превышающем рамки, определенные клиницистами для выздоровления), изменения состояния отдельных функций или функциональных систем в сторону ухудшения.

Данный критерий можно рассматривать как специфический именно для этого типа отклоняющегося развития. Именно при воздействии (как правило, достаточно кратковременном по отношению к диапазону развития в целом) повреждающего фактора происходит резкое изменение всех показателей развития и физического, и психического. Это, наверное, единственный из всех вариантов развития, когда наблюдается такая резкая смена вектора и динамики развития.

Этот тип разделяется на два вида (рис. 7):

- развитие после органического повреждения ЦНС;
- развитие на фоне посттравматического синдрома после психической травмы.

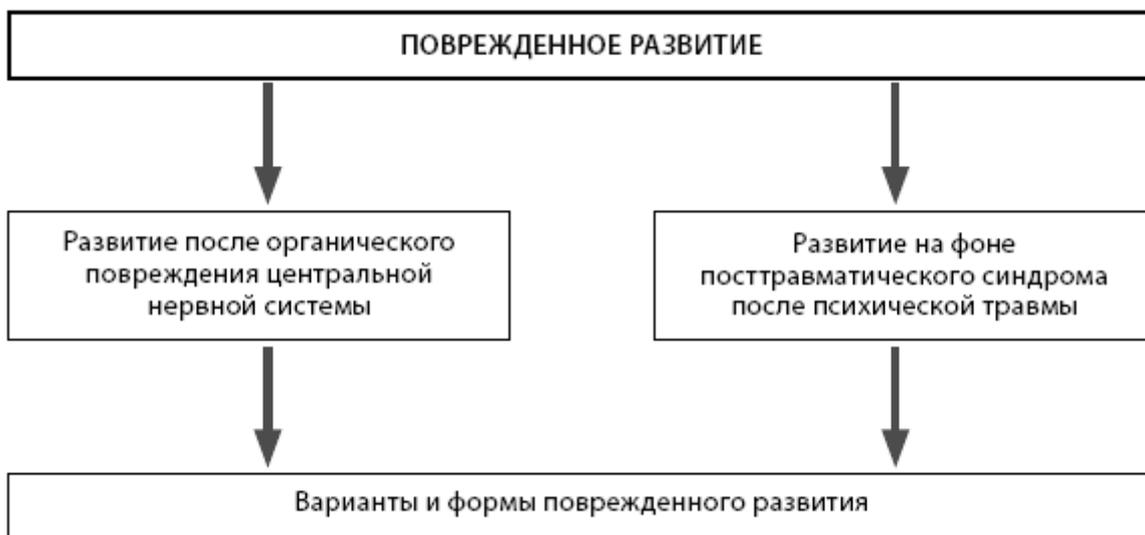


Рис. 7. Виды поврежденного развития

При повреждении ЦНС в качестве одного из основных показателей, определяющих специфику развития ребенка и необходимую помощь, следует считать объем повреждения. Помимо этого, психологическая специфика поврежденного развития будет определяться:

- 1) локализацией повреждения;
- 2) периодом, прошедшим после повреждения (стаж заболевания);
- 3) наличием общемозговых реакций (внутричерепная гипертензия, изменение сосудистого тонуса и т.п.).

Учитывая показатель объема повреждения как наиболее существенного и фактически системообразующего (в ситуации повреждения ЦНС), мы разделяем развитие после органического повреждения ЦНС на два варианта:

- 1) локально поврежденное развитие;
- 2) диффузно поврежденное развитие.

При повреждениях ЦНС обычно выставляется неврологический диагноз, отражающий характер поражения либо заболевания центральной или периферической нервной системы, и сопутствующие медицинские диагнозы.

В качестве причин локально поврежденного развития рассматриваются локально очерченные травмы, новообразования, ограниченные кровоизлияния, очаги эпилептической активности, кисты и т.п.

К диффузно поврежденному развитию могут приводить такие заболевания, как тяжелые прогрессирующие формы гидроцефалий, менингит, энцефалит, другие мозговые инфекции, тяжелые травмы мозга – сотрясения или ушиб мозга, выраженный эписиндром, возникший после 3-3,5 лет, обширные кровоизлияния, состояния после нейрохирургических вмешательств и т.п. Здесь же следует рассматривать и особенности лечения ребенка после оперативного удаления злокачественных или рецидивирующих доброкачественных опухолей. В данном случае можно говорить о своеобразном переходе состояния от

варианта локально поврежденного к варианту диффузно поврежденного развития.

Огромную роль будут играть и социальные условия развития как один из определяющих факторов компенсации. Например, отсутствие адекватных лечебных мероприятий, несоответствие медицинского оборудования или врачебной квалификации состоянию ребенка, попустительство родителей, недооценка ими возможных последствий повреждения или психологической травмы приведут к усугублению ситуации.

Очевидно, что чем больше объем поражения, тем тяжелее общее состояние. Чем раньше возникло повреждение, тем более вероятно, что развитие ребенка будет приобретать черты, схожие с вариантами тотального недоразвития. И это понятно, поскольку, чем длительнее формируется психическая функция, чем она «моложе» на момент повреждения, тем более глубокую степень недоразвития она будет иметь после повреждения. То есть при вариантах поврежденного развития чаще всего мы имеем сочетание черт повреждения и недоразвития психических функций и систем. Это известный, но на практике часто не принимаемый во внимание факт.

Особый вид поврежденного развития – психическая травма. До настоящего времени психическая травма рассматривается вне контекста специальной психологии, она не включена ни в одну из существующих психологических типологий. В тоже время именно с ней работают психологи и психотерапевты. Рассмотрим психическую травму как вариант отклоняющегося развития еще и по следующим причинам:

1) таким детям необходимы специализированные образовательные условия, особое отношение со стороны участников образовательного процесса, особый образовательный маршрут и специфичная коррекционная психологическая работа;

2) это область деятельности психолога, в том числе психолога образования, поскольку дети с острой психической травмой, в посттравматическом состоянии, в ситуации хронической психической травматизации развиваются, учатся в школе;

3) это состояние может встречаться при определенных вариантах дефицитарного развития (в частности, при дефицитарности опорно-двигательного аппарата без снижения интеллектуальных возможностей), при серьезных травмах иного рода, тяжелых соматических заболеваниях.

Трагические переживания часто возникают на терминальной стадии жизни, к которой привело заболевание или повреждение, если ребенок способен осознавать свое состояние. Часто он при этом остается в образовательной среде и нуждается в специальной помощи психолога.

Анализ различных вариантов посттравматического стресса и психологической помощи детям с психической травмой свидетельствует о деформации или даже своеобразной ситуативной, временной поломке аффективной организации поведения и сознания, которая будет приводить к изменению структур произвольной регуляции и глубинных подуровней пространственно-временных репрезентаций. То есть в целом будет изменяться

вся уровневая система базовой структурной организации психики, приводя к широко известным поведенческим и когнитивным эффектам.

4. Дефицитарное развитие.

В рамках дефицитарного развития в соответствии с принятой в коррекционной педагогике и специальной психологии психолого-педагогической классификацией выделяют детей с различной степени нарушениями формирования сенсорных (в первую очередь, слуховой и зрительной) и двигательных функций. В эту группу включают также детей с множественными нарушениями, когда отклонения присутствуют в различных сочетаниях, иногда с присоединением дисфункций других психических и соматических систем ребенка. Эта категория детей получила еще не устоявшееся определение «дети с сочетанным (множественным, комплексным) дефектом», в нормативно-правовых актах эта группа именуется «дети со сложной структурой дефекта».

Основным критерием выделения этого типа отклоняющегося развития является возникшая в раннем возрасте (или даже пренатально) недостаточность отдельных анализаторных систем (или их сочетание) или центрального звена обеспечения двигательного развития (например, нарушения опорно-двигательного аппарата, возникшие при детском церебральном параличе). Предполагается, что дефицитарность существует на всем протяжении формирования психических функциональных систем и процессов, то есть с самого раннего возраста. Случаи же органических повреждений анализаторных систем, произошедших в более позднем возрасте, когда соответствующие психические системы уже в целом сформированы, должны быть отнесены к группе поврежденного развития (локально поврежденному развитию). Однако часто они рассматриваются в рамках дефицитарного развития, что методологически не всегда оправдано.

Основные критерии отнесения типа психического развития к дефицитарному:

1) наличие той или иной степени дефицитарности периферического и/или центрального звена анализаторной или двигательной системы, или сочетанность этих дефицитов;

2) дефицитарность систем должна быть либо врожденной, либо приобретенной в раннем возрасте – до 2-2,5 лет, когда все функциональные системы, в состав которых включены дефицитарные звенья, с самого начала развиваясь при дефиците информации соответствующей модальности, оказываются сформированы специфично.

Таким образом, основные причины возникновения вариантов дефицитарного развития – нейробиологические особенности развития: врожденная недостаточность или раннее повреждение одной или нескольких сенсорных систем или опорно-двигательного аппарата, в том числе его центрального звена.

В зависимости от того, какая система дефицитарна, выделяются следующие виды нарушений (рис. 8):

- дефицитарность дистантных анализаторных систем;

- дефицитарность опорно-двигательного аппарата;
- сочетанная (множественная) дефицитарность;
- дефицитарность иных функциональных систем.

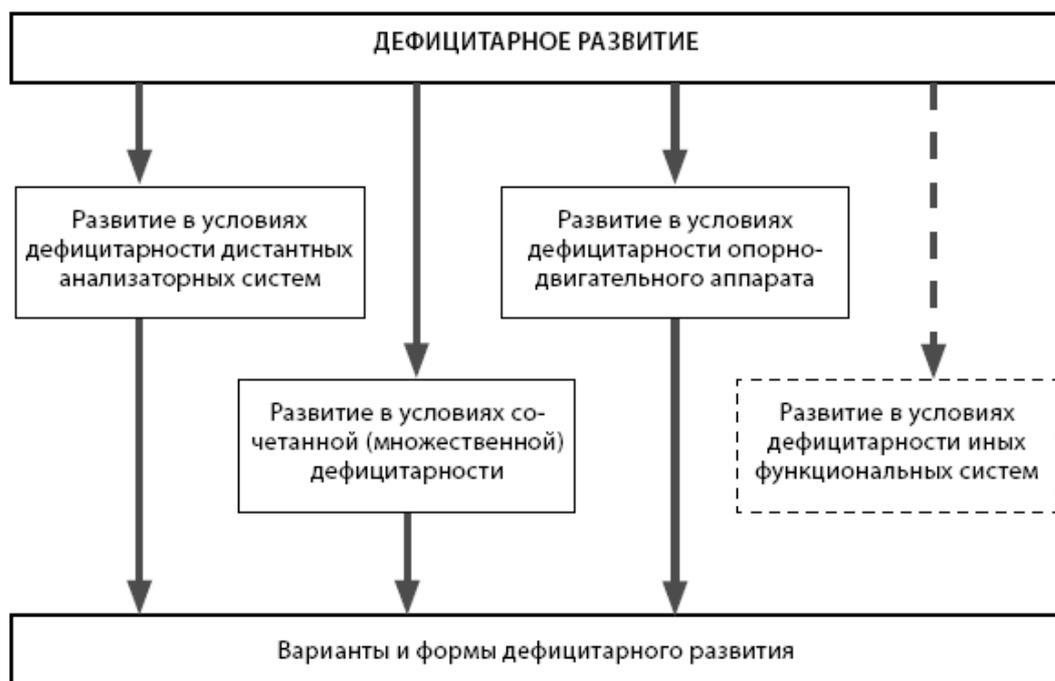


Рис. 8. Виды дефицитарного развития

Существование дефицитарности не только сенсорных и опорнодвигательной но и иных функциональных систем (например, различных иммунодефицитов, врожденной дефицитарности болевой и холодовой чувствительности и т.п.) можно предположить гипотетически, однако сейчас еще не накоплено достаточно данных по этим видам дефицитарности.

Каждый вид подразделяется на разные варианты и формы.

Дефицитарность дистантных анализаторных систем подразделяется на варианты:

- 1) дефицитарность слухового восприятия;
- 2) дефицитарность зрительного восприятия.

По существующей в нашей стране психолого-педагогической классификации Р.М. Боскис (1988) приняты критерии, учитывающие своеобразие развития детей с нарушениями слуха: степень поражения слуховой функции; уровень развития речи при данной степени поражения слуховой функции; время возникновения нарушения слуха.

В соответствии с этими критериями выделяются:

- 1) глухие (неслышащие) дети – это дети, нарушение слуха которых не позволяет естественно воспринимать речь и самостоятельно овладевать ею. В зависимости от состояния речи среди глухих выделены дети:

- без речи – ранооглохшие, родившиеся с нарушенным слухом или потерявшие слух до начала речевого развития;

- с речью – позднооглохшие, потерявшие слух в период, когда речь была сформирована.

2) слабослышащие – дети с частичным нарушением слуха, при котором возможно самостоятельное речевое развитие хотя бы в минимальной степени. Состояние слуха слабослышащих детей характеризуется большим разнообразием: от небольшого нарушения восприятия и понимания шепотной речи до резкого ограничения восприятия и понимания речи разговорной громкости. В зависимости от состояния речи выделяются две категории слабослышащих детей:

- с тяжелым недоразвитием речи (произносят отдельные слова, короткие, неправильно построенные фразы, есть грубые нарушения лексического, грамматического, фонетического строя речи);

- с незначительным недоразвитием речи (владеют развернутой фразовой речью с небольшими отклонениями в грамматическом строе, фонетическом оформлении).

Существует и более дробная дифференциация категорий детей с нарушениями слуховой функции.

Критерии, учитывающие своеобразие развития детей с нарушениями зрения (см. «Основы специальной психологии», 2002): уровень снижения остроты зрения; время возникновения дефекта; другие (помимо нарушения остроты зрения) дефекты зрения.

К категории детей со зрительной дефицитарностью, являющихся объектом детской тифлопсихологии относят:

- невидящих (слепых);
- слабовидящих;
- детей с амблиопией и косоглазием.

В зависимости от времени возникновения нарушения зрения дети делятся группы:

- слепорожденные (с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет);
- ослепшие (утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже).

Категория детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата чрезвычайно широка. Каждая группа патологических состояний (заболевания нервной системы, врожденная патология опорно-двигательного аппарата, приобретенные заболевания, деформации и повреждения опорно-двигательного аппарата) насчитывает большое число вариантов врожденных, рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата, где ведущим является двигательный дефект.

В зависимости от причины и времени поражения (что позволяет относить эту категорию детей к дефицитарному либо поврежденному варианты развития) отмечаются самые разнообразные виды патологии опорно-двигательного аппарата. Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральным параличом (89 %) (Левченко, Приходько, 2001). На настоящий момент используется классификация форм детского церебрального паралича, разработанная К.А. Семеновой (1968), которая очень

удобна в практической работе врачей, логопедов, педагогов-дефектологов, психологов.

Согласно этой классификации выделяют пять форм ДЦП:

- спастическая диплегия;
- двойная гемиплегия;
- гемипаретическая форма;
- гиперкинетическая форма;
- атонически-астатическая форма.

Не все эти варианты нарушений опорно-двигательного аппарата и в частности, ДЦП приводят к особенностям психического развития. Степень сформированности познавательной деятельности варьирует от условно-нормативной до выраженного недоразвития психических функций. В грубых случаях не представляется возможным оценить уровень развития той или иной психической сферы ребенка.

Группа сочетанного (множественного, комплексного) дефекта, включает в себя детей с одновременным повреждением разных систем организма. Одновременное поражение нескольких функций внутри одной системы организма можно назвать осложненным дефектом.

В настоящее время мы используем классические подходы, изложенные еще в работах И.А. Соколянского и А.И. Мещерякова, согласно которым множественный дефект представляет собой не просто сочетание двух и более дефектов развития, а является качественно своеобразным, имеющим особую структуру, отличную от составляющих его аномалий. Соответственно, могут быть выделены различные причины эндогенного или экзогенного характера, приводящие к тому или иному варианту множественного дефекта.

Основными критериями выделения вариантов сложного дефекта являются:

- 1) сочетанность нарушений;
- 2) их выраженность;
- 3) время (возраст) возникновения каждого из дефектов и/или их сочетания;
- 4) одновременность или разновременность возникновения дефектов;
- 5) уровень сформированности психических функциональных систем к моменту возникновения сложного дефекта или его составляющих.

Таким образом, только по сочетанности нарушений выделяется более 20 вариантов множественной дефицитарности. Это могут быть самые разные сочетания сенсорных, двигательных, речевых, интеллектуальных и аффективных нарушений.

Также возможны различные варианты одновременности или разновременности потери слуха и/или зрения, нарушений опорно-двигательного аппарата. Аналогично может быть рассмотрен и фактор времени возникновения подобного состояния, в соответствии с которым выделяются группы с множественной дефицитарностью – врожденной (раноприобретенной), проявившейся или приобретенной в более позднем возрасте (подростковом, юношеском, в зрелом). В последнем случае скорее всего можно говорить и о

присоединившейся психической травме как еще одной составляющей комплексного дефекта.

Наиболее полный перечень возможных сочетаний приведен в учебном пособии «Основы специальной психологии» (2002). Отметим только, что, во-первых, необходимо учитывать условность подобного разделения и, соответственно, отнесения ребенка к той или иной категории, во-вторых – неоднозначность психического развития в такой ситуации, возможность перехода ребенка с комплексным дефектом из одной категории отклоняющегося развития в другую и соответственно изменения реабилитационных мероприятий и коррекционно-развивающей помощи.

Многообразие и нестабильность (динамизм) психического состояния, как отмечает Т.А. Башилова, является главной особенностью этой категории детей. Поэтому скорее всего ее следует рассматривать не как вид дефицитарного развития, но как отдельную смешанную группу, своего рода переходную между по крайней мере недостаточным, поврежденным и дефицитарным типами развития.

Промежуточный тест к разделу № 1

1. Отклоняющееся развитие можно охарактеризовать как:

1) развитие, при котором влияние неблагоприятных факторов превышает компенсаторные возможности индивида

2) развитие, имеющее стихийный, непредсказуемый характер

3) развитие, протекающее вне воспитательного воздействия

4) развитие, протекающее в рамках иной языковой культуры

2. Неустойчивость развития это:

1) открытие новых научных фактов

2) развитие является сочетанием стабильных и нестабильных периодов развития

3) удобство в использовании

4) отражение глубинных потребностей человека

3. Критерии условно-нормативного развития:

1) социально-культурный

2) статистический

3) индивидуальный

4) всё вышперечисленное

4. Термин «дизонтогенез» впервые употребил в 1927 г.:

1) Выготский

2) Лебединский

3) Швальбе

4) Фрейд

5. Перечислите варианты психического развития по Ю.В. Микадзе:

1) нормальное развитие

2) отклоняющееся развитие

3) патологическое развитие

4) всё вышперечисленное

6. Классификация отклоняющегося развития В.В. Лебединского включает:

1) асинхрония развития

- 2) прыжок в развитии
- 3) эмпирические систематизации дизонтогенеза
- 4) теоретическую систематизации дизонтогенеза

7. Типология М.М. Семаго и Н.Я. Семаго основывается на концепции:

- 1) З. Фрейда
- 2) А.В. Семенович
- 3) А.Р. Лурия

4) В.В. Лебединского

8. Назовите типы отклоняющегося развития:

- 1) достаточное, асинхронное, поврежденное и дефицитарное
- 2) психическое, клиническое, поврежденное и эмоциональное
- 3) недостаточное, асинхронное, поврежденное и дефицитарное**
- 4) недостаточное, социальное, поврежденное и пограничное

9. Основные критерии выделения группы недостаточного развития:

- 1) специфика несформированности регулятивных ментальных структур
- 2) выражено недостаточная сформированность познавательной деятельности, не соответствующая возрастным нормам динамика ее формирования**
- 3) присутствие приобретенной в раннем возрасте дефицитарности какой-либо дистантной анализаторной системы
- 4) наличие реабилитационной психокоррекционной работы специалистов и комплексного сопровождения ребенка в целом

10. Время возникновения недостаточности познавательной деятельности:

- 1) до 1,5-2 лет
- 2) до 2,5-3 лет**
- 3) от 2,5-3 лет
- 4) от 3-4,5 лет

11. При повреждении ЦНС в качестве одного из основных показателей, определяющих специфику развития ребенка и необходимую помощь, следует считать:

- 1) локализация повреждения
- 2) период, предшествующий повреждению
- 3) объем повреждения**
- 4) наличие мозговых реакций

12. К категории детей со зрительной дефицитарностью, являющихся объектом детской тифлопсихологии относят:

- 1) невидящих (слепых);
- 2) слабовидящих
- 3) детей с амблиопией и косоглазием

4) всё вышперечисленное

13. К базовым характеристикам и закономерностям психического развития относятся психологические феномены в количественном эквиваленте :

1) 18 характеристик

2) 9 характеристик

3) 22 характеристики

4) 5 характеристик

14. Термин «социально-психологический норматив» вводится в обиход употребления благодаря подходу какого автора:

1) К.М. Гуревич

3. Фрейда

2) А.В. Семенович

3) А.Р. Лурия

15. Какой количественный коэффициент основных особых образовательных потребностей с точки зрения Е.Л. Гончаровой и соавторов выделяется:

1) 7 основных образовательных потребностей

2) 14 основных образовательных потребностей

3) 3 основных образовательных потребностей

4) 20 основных образовательных потребностей

РАЗДЕЛ 2. ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

2.1. Направления нарушенного онтогенетического развития

Как было показано в первом разделе, наряду с общими закономерностями отклоняющегося развития, сопровождающими любой тип дизонтогенеза, можно выделить закономерности, специфические для каждого из трех основных направлений нарушенного онтогенетического развития, а также свойственные только каждому типу. Рассмотрим более подробно каждое направление.

1. Недостаточное развитие.

В специальной литературе часто происходит неосознаваемое смешение содержательно различных понятий и терминов. Так, термин «нарушение (повреждение)» часто используется как синоним «недостаточности» и «недоразвития». Также смешиваются понятия «отклонение» и «нарушение». Наиболее современной и системной в настоящее время является психологическая типология отклоняющегося развития, предложенная М.М. Семаго и Н.Я. Семаго. Указанная типология рассматривается совместно с классической классификацией психического дизонтогенеза В.В. Лебединского. Рассмотрим квалификацию отклонений по следующим четырем характеристикам – общая, нейропсихологическая, патопсихологическая и прогностическая (табл. 1).

Таблица 1

Общая схема анализа вариантов отклоняющегося развития

Характеристика дизонтогенеза	Параметр оценки
1. Общая характеристика	Основной радикал нарушения Место в иных классификациях психических расстройств
2. Нейропсихологическая характеристика	Нейробиологическая (органическая) составляющая Латерализация
3. Патопсихологическая характеристика	Динамический компонент деятельности Организационный компонент деятельности Операциональный компонент деятельности Мотивационный компонент деятельности, эмоции и личность в целом Сфера общения, особенности речи Деятельность и поведение в целом
4. Прогностическая характеристика	Обучаемость Прогноз дальнейшего развития Основные направления психокоррекционной и развивающей работы

К группе недостаточного развития М.М. Семаго и Н.Я. Семаго относят «варианты отклоняющегося развития, для которых специфична именно недостаточность развития (по отношению к средненормативным) всех

(тотальное, задержанное развитие) или отдельных (парциальное развитие) психических процессов и функций, определяющих формирование познавательной деятельности». Для дифференциации этого типа развития выделяются основные и дополнительные диагностические критерии (рис. 1).



Рис. 1. Критерии выделения группы недостаточного развития по М.М. Семаго и Н.Я. Семаго

Причинами возникновения недостаточного развития могут быть как различной степени выраженности органические поражения центральной нервной системы (ЦНС), в том числе генетически обусловленные, так и социальные условия развития. При этом в первую очередь страдает нейробиологическая составляющая развития и пространственно-функциональная организация мозговых систем. Социальные условия развития в данном случае являются второстепенными.

В этой типологической группе недостаточного развития М.М. Семаго и Н.Я. Семаго выделяют три основных вида отклонений:

- 1) тотальное недоразвитие;

- 2) задержанное развитие;
- 3) парциальное недоразвитие отдельных компонентов психической деятельности.

По мнению авторов, «каждый вид отличается спецификой сформированности базовой структурной организации и ее компонентов и в свою очередь может быть дифференцирован на отдельные варианты отклоняющегося развития, для которых могут быть выделены и специфические формы» (рис. 2).

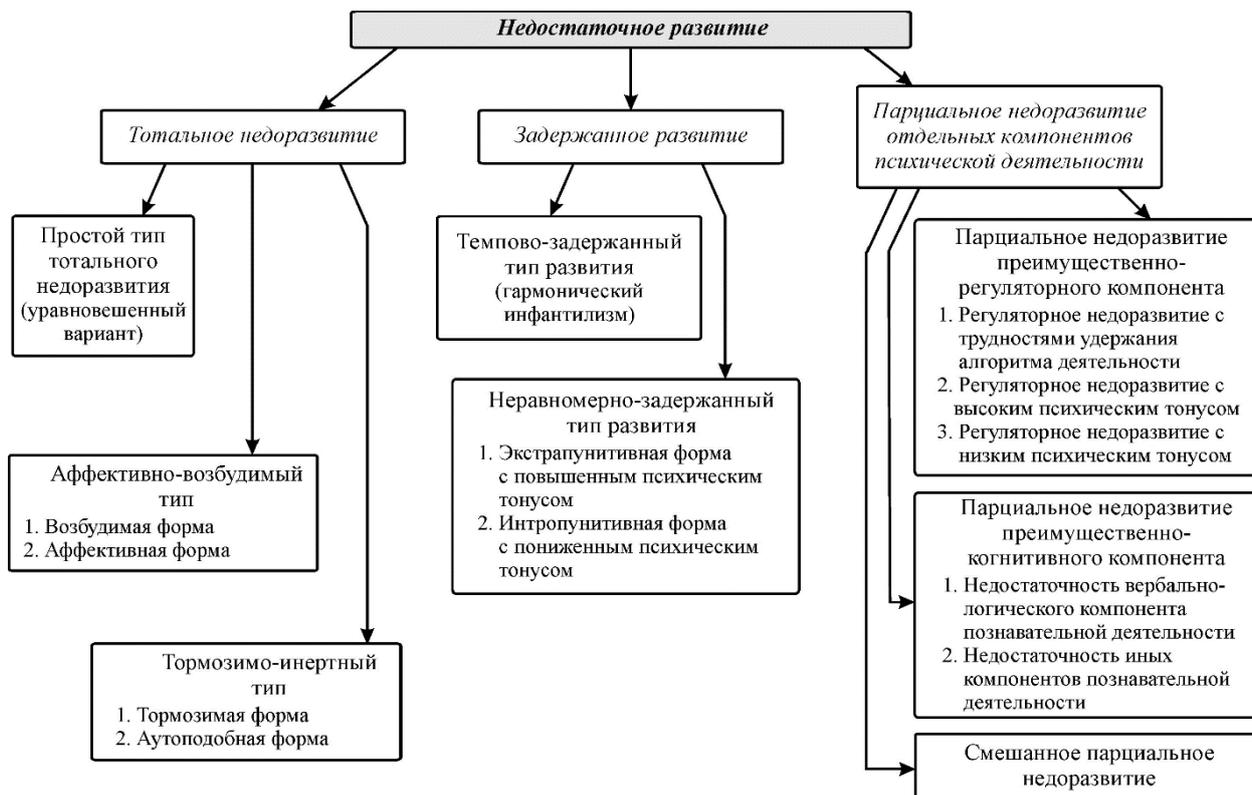


Рис. 2. Виды, варианты и формы недостаточного развития по М.М. Семаго и Н.Я. Семаго

Таким образом, каждый вид отличается спецификой сформированное базовой структурной организации и ее компонентов и в свою очередь может быть дифференцирован на отдельные варианты отклоняющегося развития, для которых могут быть выделены и специфические формы.

2. Тотальное недоразвитие. Умственная отсталость.

В методологии В.В. Лебединского данный тип нарушения обозначается как «общее психическое недоразвитие», а в практическом применении этому расстройству соответствует диагноз «умственная отсталость».

Под умственной отсталостью понимается «стойкое, необратимое нарушение психического развития, в первую очередь интеллектуального, обусловленного недостаточностью центральной нервной системы». В данном определении делается акцент на трех базовых характеристиках этого дизонтогенеза:

- 1) причиной возникающих расстройств является органическое поражение

центральной нервной системы (ЦНС);

2) при умственной отсталости, в первую очередь, страдает уровень интеллектуального развития;

3) отмечается устойчивость психического статуса ребенка, наличие незначительной его динамики.

К тотальному недоразвитию Н.Я. Семаго относит «те варианты отклоняющегося развития, для которых характерна выраженная недостаточная сформированность практически всех психических процессов и функций и самой базовой структурной организации психического, определяющих психическое развитие ребенка». Вследствие того, что здесь нарушается становление всех сторон психики, этот вид отклоняющегося развития и обозначается как «тотальное» недоразвитие, в отличие от парциальных расстройств, рассматриваемых в отдельных типах развития.

Авторами, вслед за Г.Е. Сухаревой и другими, указывается также на иерархичность нарушений при тотальном недоразвитии – преимущественную недостаточность, по сравнению с остальными, показателей развития познавательной деятельности и ее базовых структурных компонентов. Еще одним важным дифференциальным критерием тотального недоразвития является несоответствие норме показателей обучаемости – невозможность достичь нормативных показателей развития ни к какому возрасту, даже при проведении своевременных массивных коррекционно-развивающих мероприятий.

Этиология умственной отсталости.

По этиологическому признаку общее психическое недоразвитие можно разделить на две основные группы – эндогенную (генетическую) и экзогенную. В этой связи для определения варианта умственной отсталости в МКБ-10 используется дополнительный код. Так, выделяется умственная отсталость:

- 1) обусловленная предшествующей инфекцией или интоксикацией;
- 2) обусловленная предшествующей травмой или физическим агентом;
- 3) обусловленная фенилкетонурией;
- 4) связанная с хромосомными нарушениями;
- 5) обусловленная гипертиреозом;
- 6) обусловленная гипотиреозом;
- 7) связанная с недоношенностью;
- 8) обусловленная другими уточненными причинами (например, нарушениями обмена веществ, роста или питания и др.);
- 8) обусловленная неуточненными причинами.

Вследствие воздействия патогенных факторов при умственной отсталости возникают явления «необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры, в первую очередь – лобных и теменных отделов». В ряде случаев при этом виде отклоняющегося развития поражаются и более глубокие, в том числе подкорковые, образования.

Таким образом, умственная отсталость всегда имеет церебрально-органическую этиологию и не может быть вызвана исключительно социальными факторами. Последние являются лишь условиями, способствующими или

препятствующими, дальнейшему развитию такого ребенка.

Клинико-психологическая структура тотального недоразвития.

В связи с органической этиопатогенетической основой тотального недоразвития его базовые клинико-психологические нарушения определяются, в первую очередь, психофизиологическими особенностями нервной системы. Физиологический уровень нарушений обуславливает психологические характеристики умственной отсталости. Обобщая исследования В.В. Лебединского, выделяет пять основных таких закономерностей:

1) тотальность нервно-психического недоразвития, проявляющаяся в том, что недоразвитыми могут оказаться все нервно-психические и в определенной мере даже соматические функции. Этот закон впервые был сформулирован Г.Е. Сухаревой (1959). Между тем, принцип тотальности психических нарушений при умственной отсталости нуждается в известных ограничениях, когда это касается легких ее форм;

2) иерархичность нервно-психического недоразвития (по Г.Е. Сухаревой), которая может отражаться, как минимум, в двух вариантах: а) недоразвитие мышления проявляется, как правило, больше, чем недостаточность других психических функций; б) особая тяжесть недоразвития характерна как для регуляторных систем, так и для высших уровней организации любой психической функции, по сравнению со степенью нарушения низших «инструментальных» уровней. Согласно современным данным, элементарные психические процессы при умственной отсталости «в целом также подвержены системному, иерархичному недоразвитию, как и высшие аналитико-интегративные системы»;

3) нарушение межфункциональных взаимодействий. Эта закономерность проявляется в следующем: а) оказывается недоразвита вторая сигнальная система (речь), вследствие чего нарушается взаимодействие первой и второй сигнальных систем; б) сохраняется известная автономность базальных эмоций, относительная независимость их от интеллекта; в) чем грубее явления недоразвития, тем больше выступают симптомы изоляции отдельных функций;

4) асинхрония развития как нарушение гетерохронности формирования психических и соматических функций. Так, возникает асинхрония между: а) физическим и психическим развитием; б) мышлением и другими психическими процессами; в) аффективным и познавательным развитием (отмечается большая сохранность базальных эмоций). Кроме того, характерна ретардация возрастных уровней нервно-психического реагирования;

5) взаимоотношения первичного и вторичного дефекта – первичный дефект связан с тотальностью нервно-психического недоразвития. Первичная недостаточность интеллектуальной деятельности определяет преимущественную структуру недоразвития «сверху вниз». В этом случае нарушение высших уровней психического функционирования (например, регуляторных или мыслительных процессов) обуславливает расстройство низших уровней. Вторичный дефект имеет кольцевой характер и вызван одновременно двумя координатами недоразвития – «сверху вниз» и «снизу вверх». В формировании вторичных нарушений большая роль принадлежит

также культуральной депривации.

Степень выраженности указанных выше закономерностей во многом определяется этиологией, вариантом тотального недоразвития и сочетанностью с другими нарушениями психики.

Рассмотрим классификации умственной отсталости.

Этиопатогенетические и клиничко-физиологические классификации.

Число классификаций психического недоразвития продолжает расти. По М. Gelof (1963), только в англоязычных странах имеется 23 различные группировки синдромов. В отечественной науке одним из наиболее распространенных подходов к классификациям умственной отсталости является этиопатогенетический подход, учитывающий причины и условия развития этого расстройства. В таких классификациях, несмотря на различную терминологию, выделяются эндогенные и экзогенные нарушения, а также расстройства другой природы. Этиопатогенетические классификации являются скорее клиничко-ориентированными и в большей степени необходимы для уточнения медицинского лечения, хотя могут использоваться и при нейропсихологической работе с такими детьми.

Классификация умственной отсталости в МКБ-10. В «Многоосевой классификации психических расстройств в детском и подростковом возрасте» этот вариант отклоняющегося развития выделен в отдельную ось III «Уровень интеллекта» и включает в себя рубрику F7 «Умственная отсталость». В зависимости от степени тяжести умственная отсталость подразделяется на несколько форм – легкую (F70), умеренную (F71), тяжелую (F72), глубокую (F73), другую (F78, F79). Если известна этиология нарушения, то используют дополнительный код, обозначающий соответствующее заболевание, например E72 + F00 (врожденная недостаточность йода). Понятием «другая умственная отсталость» (F78) обозначают состояния психического недоразвития, осложненные слепотой, глухотой, немотой и тяжелой соматической инвалидизацией, когда определение глубины интеллектуального дефекта затруднено или невозможно.

В этой классификации для умственной отсталости не выделены четкие клинические диагностические критерии. Это связано с тем, что базовые характеристики данного варианта дизонтогенеза – низкие когнитивные способности и сниженное социальное функционирование – во многом зависят от социокультурных факторов и в каждом конкретном случае могут значительно варьировать. Составители МКБ-10 признают, что раздел, посвященный умственной отсталости, является несколько упрощенным, и считают, что более полная классификация нуждается в специальной разработке.

Типы тотального недоразвития по М.М. Семаго и Н.Я. Семаго.

Как было указано выше, при умственной отсталости отмечается нарушение соотношения процессов торможения и возбуждения нервной системы. Кроме того, наблюдается расстройство эмоциональной сферы. В связи с этим в основу классификации тотального недоразвития М.М. Семаго и Н.Я. Семаго взяты два звена (компонента) психической деятельности (табл. 2):

1) нейродинамический компонент развития (диспропорциональность

соотношения процессов возбуждения и торможения в ЦНС);

2) аффективный компонент развития. В итоге все многообразие проявлений этого дизонтогенеза объединено в три варианта: «достаточно сбалансированный (уравновешенный); с поведенческими преимущественно «+» нарушениями (аффективно-возбудимый) и «-» нарушениями (тормозимо-инертный)».

Таблица 2

Формы тотального недоразвития в зависимости от нейродинамических и аффективных характеристик (по М.М. Семаго и Н.Я. Семаго)

Формы дизонтогенеза	Нейродинамический компонент развития		Аффективный компонент развития	
	преобладание возбуждения (+)	преобладание торможения (-)	преобладание аффективности, расторможенности (+)	преобладание тормозимости, аутоподобности (-)
1. Простой уравновешенный вариант – все компоненты развития относительно сбалансированы				
2. Аффективно-возбудимый вариант				
2.1. возбудимая форма	+	-//-	-//-	-//-
2.2. аффективная форма	-//-	-//-	+	-//-
3. Тормозимо-инертный вариант				
3.1. тормозимая форма	-//-	-	-//-	-//-
3.2. аутоподобная форма	-//-	-//-	-//-	-

Далее приведены основные психологические радикалы расстройств при тотальном недоразвитии, согласно типологии М.М. Семаго и Н.Я. Семаго.

1. Простой уравновешенный вариант тотального недоразвития.

Как отмечают Н.Я. Семаго с соавт. (2011) «для этого варианта тотального недоразвития наиболее характерна относительная уравновешенность в поведении ребенка, сочетающаяся с непосредственностью реакций, характерной для детей значительно более младшего возраста, или, наоборот, «сниженностью», приглушенностью ориентировочного реагирования». Основными мишенями психологической диагностики и коррекции простого уравновешенного варианта тотального недоразвития являются выделенные ниже его характеристики.

2. Аффективно-возбудимый вариант тотального недоразвития.

Более раннее название этого варианта тотального недоразвития – «аффективно-неустойчивый тип». Он «характеризуется выраженной импульсивностью – достаточно грубыми нарушениями целенаправленности, самоконтроля, регуляции и организации своего поведения и деятельности в целом при явном интеллектуальном дефиците». Внутри данного варианта

дизонтогенеза выделяются две формы – возбудимая и аффективная, имеющие как схожие характеристики, так и различия. В практике чистые формы встречаются нечасто, как правило, у ребенка просто отмечается преобладание одного из двух поведенческих радикалов. Часто расторможенность витальных влечений, лабильность эмоций, выраженная некритичность, грубое снижение адекватности.

Возбудимая форма: скорее характерна эйфоричность, которая связана с глубиной интеллектуального дефекта; при легкой степени могут наблюдаться тревожные состояния, страх новизны, незнакомых людей.

Аффективная форма: упрощение аффективно-потребностной сферы; искажение потребностей, эмоциональной оценки (положительная оценка отрицательно окрашенных событий); агрессивность, злобность.

3. Тормозимо-инертный вариант тотального недоразвития.

Спецификой детей с этим вариантом тотального недоразвития является, «помимо выраженных проблем формирования всех сторон психической деятельности, значительная вялость, пассивность, заторможенность, инертность, низкий уровень психической активности в целом». В рамках этого варианта дизонтогенеза Н.Я. Семаго с соавт. (2011) выделяют тормозимую и аутоподобную формы.

Таким образом, в практике встречаются как чистые варианты тотального недоразвития, так и смешанные. Определение ведущего радикала нарушения, первичных и вторичных симптомов необходимо для обозначения базового направления коррекционно-развивающей работы с такими детьми.

Определение и базовые характеристики задержанного психического развития.

Термины «задержка психического развития» (ЗПР) и «задержки темпа психического развития» в отечественной науке предложила использовать Г.Е. Сухарева в конце 60-х годов XX века. Под задержанным психическим развитием (ЗПР) классически понимается вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся случаи замедленного психического развития эмоционально-волевой и/или интеллектуальной сфер. Другими словами, при таком отклоняющемся развитии ребенок находится на онтогенетически более ранних этапах развития (например, эмоциональная сфера ребенка семи лет отражает особенности аффективного реагирования возраста пяти лет). Следовательно, все психические сферы формируются в целом в соответствии с этапами нормативного развития, но с отставанием по темпу от своего паспортного возраста.

По Н.Я. Семаго и соавт. (2011), важным дифференциальным критерием этого варианта отклоняющегося развития является то, что в данном случае «темп развития постепенно ускоряется (спонтанно или с помощью специалистов), и к рубежу 9-11 лет ребенок в целом в состоянии догнать своих сверстников, достигнув нормы». Следовательно, возникающие в процессе развития трудности при ЗПР носят временный характер. Это принципиально отличает ЗПР от «парциального недоразвития отдельных компонентов психической деятельности», при котором даже в условиях массивного сопровождения, дети никогда не смогут достигнуть условно-нормативного развития.

В качестве основных этиопатогенетических факторов возникновения и развития ЗПР можно выделить четыре группы вредоносных воздействий: церебральная недостаточность (причина – внешние и внутренние неблагоприятные биологические факторы риска); общая соматопсихическая конституция; первичная соматическая недостаточность; социальные негативные влияния. Исходя из преимущественного влияния тех или иных негативных воздействий ряд авторов выделяют основные варианты ЗПР.

Сравнительная характеристика умственной отсталости и задержанного психического развития.

В дифференциально-диагностическом плане одной их наиболее сложных задач стоит отграничение задержанного развития от тотального психического недоразвития (умственной отсталости). В связи с этим наиболее удобным является осуществление характеристики структуры дефекта при ЗПР в сопоставлении со структурой дефекта при тотальном недоразвитии (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительная характеристика клинико-психологической структуры дефекта при тотальном психическом недоразвитии и задержанном психическом развитии

Тотальное психическое недоразвитие	Задержанное психическое развитие
1. Органическая обусловленность психических нарушений	
Обязательно присутствует органическая мозговая недостаточность, приводящая к функциональной недостаточности	Не обязательно должно иметь место серьезное органическое повреждение мозга (за исключением ЗПР церебрально-органического генеза)
2. Характер психических нарушений	
Необратимое недоразвитие психических функций	Замедление темпа психического созревания
3. Обширность психических нарушений	
Тотальность (всеобъемлющий характер) психических нарушений, затрагивающих как интеллектуальную, так и личностную сферу психики	Парциальность (мозаичность) психических нарушений, которые имеют отношение преимущественно к одной (или некоторым) из сфер психического развития
4. Иерархичность психических нарушений. Основная координата недоразвития	
Первичная координата недоразвития – «сверху вниз». Относительно элементарные психические функции нарушены в меньшей степени. Вторичный дефект вызван двумя координатами – «сверху вниз» и «снизу вверх»	Первичная координата недоразвития – «снизу вверх». Явления незрелости наиболее типичны для регуляторных систем, обладающих более длительным периодом развития
5. Стойкость психических нарушений	
Из-за необратимости органического дефекта – стойкость психических нарушений	Большая пластичность психики, большая способность к изменению своих психических особенностей в лучшую сторону
6. Глубина (выраженность) психических нарушений	

Большая выраженность психических недостатков	Меньшая выраженность психических недостатков
7. Характер нарушения межфункциональных связей	
Чем грубее нарушение, тем больше выступают симптомы изоляции отдельных функций. Часто отмечаются явления асинхронии	Неустойчивость межфункциональных связей, явления регресса, возникающие при истощении
8. Инфантилизм (незрелость развития)	
Не свойственен в той степени, что при ЗПР	Психофизический инфантилизм, детскость – базовая характеристика
Тотальное психическое недоразвитие	Задержанное психическое развитие
9. Степень обучаемости:	
9.1. Нейропсихологический аспект обучаемости	
Слабость нервных процессов → недостаточность формирования новых нервных связей → низкая обучаемость и низкие адаптивные возможности	Отсутствие грубых нарушений нервных процессов и принципиальная способность (в благоприятных условиях) к усвоению нового на уровне, приближающемся к уровню условной нормы → обучаемость достаточная
9.2. Патопсихологический аспект обучаемости	
Способность к переносу слабо выражена из-за недостатков мышления (прежде всего обобщения)	Большая способность к «переносу», вариативности своего поведения и адекватной адаптации в изменившихся условиях
9.3. Характеристика зоны ближайшего развития	
Ограниченная зона ближайшего развития	Значительно большая восприимчивость к помощи, то есть более широкая зона ближайшего развития
10. Уровень достижений	
Способность успешно выполнять задания только в случае привычного, стереотипизированного действия	Способность выполнять различные задания на высоком уровне, характерном для условной нормы
11. Мотивационно-потребностная сфера	
Низкая мотивация к познанию, интеллектуальная пассивность, бедность аффективно-потребностной сферы (вплоть до абулии в тяжелых случаях)	Большая познавательная активность (особенно во внеучебных вопросах), содержательность и даже интеллектуальность внешкольных знаний, увлечений

Итак, задержанное психическое развитие и тотальное недоразвитие имеют ряд принципиальных отличий в структуре дефекта и, следовательно, требуют различных психодиагностических и психокоррекционных подходов. В практической деятельности базовым дифференциальным критерием разграничения этих видов дизонтогенеза является способность ребенка к обучению и переносу усвоенных навыков на аналогичные ситуации. Поэтому в подобных ситуациях, в первую очередь, психологам рекомендуется проводить с ребенком обучающий эксперимент.

В МКБ-10 такого расстройства как «задержанное психическое развитие» не выделяется. Соответственно, отсутствуют общепризнанные клинические

критерии и варианты такого нарушения. Несмотря на это, в заключениях психиатров и неврологов достаточно часто можно встретить такие термины как «задержка психического развития» (ЗПР), «задержка психо-моторного развития» (ЗПМР), хотя юридически таких диагнозов в медицине не существует. По сути термин «ЗПР» является психолого-педагогическим и должен употребляться специалистами немедицинского профиля.

ЗПР соматогенного происхождения обозначается также как соматогенный инфантилизм по типу психической тормозимости. Такой вариант дизонтогенеза возникает вследствие проблем соматического характера, длительных находений ребенка в больницах и возникающей из-за этого социальной депривации. Дополнительное значение здесь имеют неадекватные условия воспитания ребенка, когда родители, делая акцент на его соматическом здоровье, не обеспечивают для него нормальных психосоциальных условий развития (например, не пускают его в детские коллективы, постоянно стремятся за него все сделать сами и пр.).

Учитывая клинико-психолого-педагогические параметры оценки психического развития, И.И. Мамайчук (2006), обобщая типологии задержанного развития, выделяет четыре основные группы детей с ЗПР:

1. Дети с относительной сформированностью психических процессов, но со сниженной познавательной активностью. В этой группе наиболее часто встречаются дети с ЗПР вследствие психофизического инфантилизма и дети, соматогенной и психогенной формами ЗПР.

2. Дети с неравномерным проявлением познавательной активности и продуктивности. Эту группу составляют дети с легкой формой ЗПР церебрально-органического генеза, с выраженной ЗПР соматогенной формы и с осложненной формой психофизического инфантилизма.

3. Дети с явным нарушением интеллектуальной продуктивности, но со сформированной познавательной активностью. В эту группу входят дети с ЗПР церебрально-органического генеза, у которых наблюдается выраженная дефицитарность отдельных психических функций (памяти, внимания, гнозиса, праксиса).

4. Дети, для которых характерно сочетание низкого уровня интеллектуальной продуктивности и слабовыраженная познавательная активность. В эту группу входят дети с тяжелой формой ЗПР церебрально-органического генеза, у которых наблюдается первичная дефицитарность в развитии всех психических функций: внимания, памяти, гнозиса, праксиса и другие, а также недоразвитие ориентировочной основы деятельности.

Таким образом, при задержанном развитии отмечается мозаичность расстройств. В одних случаях характеристики психических процессов и обучаемости могут страдать, при других вариантах могут иметь показатели, близкие к нормативным.

2.2. Характеристика парциального недоразвития отдельных компонентов психической деятельности

Более раннее название этого вида отклоняющегося развития – «парциальная несформированность высших психических функций». Подобная группа выделяется только в концепции М.М. Семаго Н.Я. Семаго. В нее включены такие часто описываемые в литературе виды расстройств, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью, нарушения речи и другие, либо вообще не включаемые в психологические классификации нарушений развития, либо относимые к другим подвидам (как, например, нарушения речи, классически рассматриваемые как дефицитарное развитие).

В своей трактовке понятия «парциальное недоразвитие» М.М. Семаго и Н.Я. Семаго вслед за другими исследователями подчеркивают «мозаичность незрелости и дефицитарности отдельных компонентов (структур, процессов и функций) психического развития ребенка при сохранности и достаточной сформированности остальных функциональных систем, процессов и т.п. При этом степень парциальной недостаточности и ее диапазон (количество компонентов) может в значительной степени варьировать, выходя в конце концов за пределы понятия «парциальное» и приближаясь к тотальным вариантам».

Основным радикалом (дифференциально-диагностическим критерием) этого вида дизонтогенеза является «наличие выраженного недоразвития (недостаточности) одного или нескольких компонентов психической деятельности при достаточной (в соответствии со средне популяционными возрастными нормативами) сформированности других ее компонентов/процессов». Так, например, в одних случаях наиболее недоразвитыми оказываются регуляторные процессы, в других – познавательные.

Представляется крайне важным разграничить парциальное недоразвитие психической деятельности от задержанного развития, которое по своей симптоматике оказывается достаточно схожим. Действительно, классически в отечественной науке многие проявления парциального недоразвития относятся к категории ЗПР. Согласно М.М. Семаго и Н.Я. Семаго, базовое отличие заключается в том, что при парциальном недоразвитии дети никогда не достигают уровня условно-нормативного развития даже в ситуации своевременного и системного коррекционного вмешательства. Как правило, в благоприятных обстоятельствах здесь возможна лишь компенсация нарушенных звеньев психической деятельности.

В данном виде отклоняющегося развития авторы выделяют три типологических варианта:

- 1) парциальное недоразвитие преимущественно регуляторного компонента деятельности;
- 2) парциальное недоразвитие преимущественно когнитивного компонента деятельности;
- 3) смешанное парциальное недоразвитие.

1. Дисгармоничное (дисгармоническое) развитие.

Согласно В.В. Лебединскому, дисгармоническое психическое развитие – это «тип дизонтогенеза, основой которого является врожденная или рано приобретенная диспропорциональность развития психики ребенка, преимущественно в эмоционально-волевой сфере». При этом мышление, первично являющееся сохранным, может вторично нарушаться вследствие парциального дефекта аффективно-волевой сферы, в итоге возникает аффективная окраска интеллектуальных функций. К данной подгруппе дизонтогенеза В.В. Лебединский относит, в первую очередь, психопатии и патологическое формирование личности. Кроме того, выделяются и другие варианты дисгармонического развития (рис. 3).

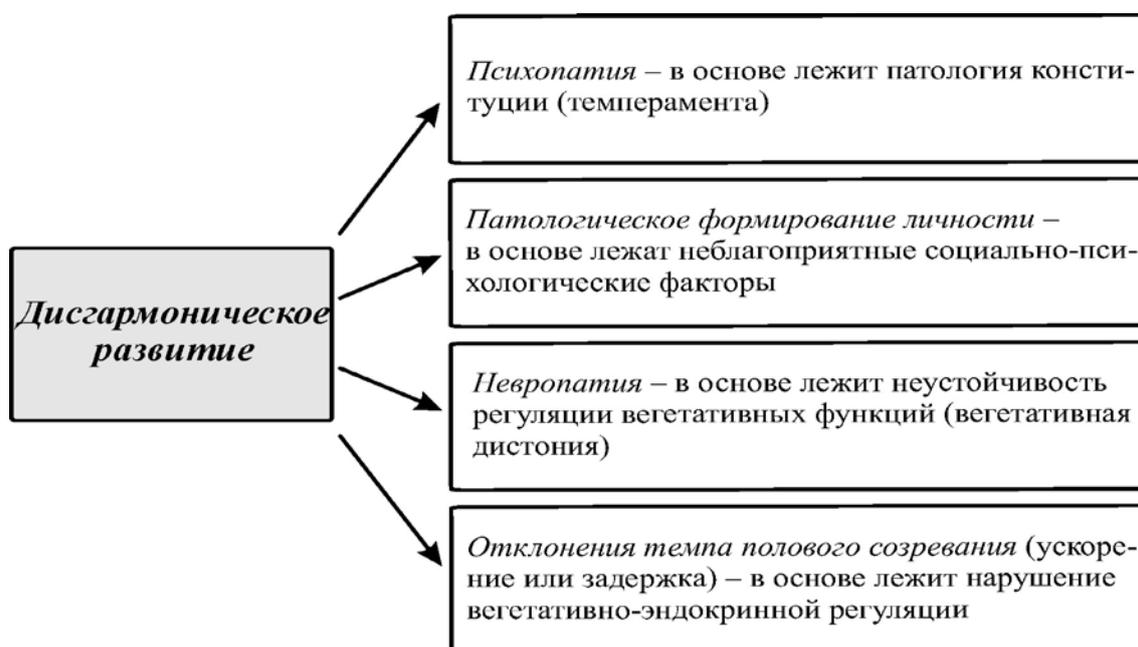


Рис. 3. Классификация дисгармонического развития по В.В. Лебединскому

Каждый из этих вариантов имеет свои этиопатогенетические механизмы развития и клиничко-психологические особенности.

Клиничко-психологическая характеристика психопатий.

Психопатии – это «группа патологических состояний множественной этиологии, возникающих вследствие нарушения процесса формирования личности и проявляющихся дисгармонией ее свойств, преимущественно эмоционально-волевых (т.е. характера) с более или менее выраженной социальной дезадаптацией, при наличии достаточного уровня интеллектуального развития».

Большую роль в этиопатогенезе психопатий играют особенности конституции и, в первую очередь, темперамента – нарушения соотношения процессов возбуждения и торможения. С психофизиологических позиций при преимущественном преобладании процессов возбуждения возникают явления повышенной возбудимости, импульсивности, взрывчатости и пр. При

наибольшей выраженности торможения возникают симптомы угнетения, вязкости и т.п. В итоге на патопсихологическом уровне реагирования, в первую очередь, возникают расстройства аффективной и регуляторной сфер, включая нарушения базальных эмоций и влечений.

Одной из главных проблем диагностического плана является вопрос отграничения психопатий и акцентуаций характера – крайних вариантов нормы, «при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим». Дело в том, что в основе развития обоих этих феноменов – психопатий и акцентуаций – лежат особенности темперамента. Классически в психиатрии и клинической психологии отличия между акцентуациями характера и психопатиями основываются на диагностических критериях (триаде признаков), предложенных П.Б. Ганнушкиным (1933) и О.В. Кербиковым (1962) (табл. 4).

Таблица 4

Дифференциальные критерии отграничения акцентуаций характера и психопатий

Акцентуации характера	Психопатии
Тотальность	
Особенности характера могут проявляться не везде и не всегда; они могут даже обнаруживаться только в определенных условиях	Тотальность патологических черт характера – тип характера обнаруживается во всех сферах жизнедеятельности (в семье и школе, со сверстниками и со старшими, в привычных условиях и в самых чрезвычайных ситуациях и т.п.)
Стабильность	
Нарушения характера преходящи – могут возникнуть либо во время «пубертатных кризов», либо чаще под влиянием особого рода психических травм или трудных ситуаций в жизни	Относительная стабильность патологических черт характера (в течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям)
Характер социальной адаптации	
Особенности характера либо вообще не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации, либо ее нарушения бывают преходящими. Адаптация нарушается только при ударах по месту наименьшего сопротивления	Выраженность патологических черт характера до степени, нарушающей социальную адаптацию. Декомпенсации могут быть следствием любого рода психических травм и самых разнообразных жизненных ситуаций и даже возникать без видимых причин
Нормативность	
Черты характера являются крайними вариантами нормы	Черты характера квалифицируются как патологические

Рассматривая психопатии с патопсихологических позиций, В.В. Лебединский выделил три основных варианта нарушения психического развития при этом расстройстве:

1) психопатологические явления фиксируются преимущественно в области базального аффекта при известной сохранности интеллекта –

дисгармония здесь проявляется в сохранности высших эмоций и недоразвитии базальных, низкой интенсивности влечений, непосредственно связанных с инстинктивными побуждениями (примером такого варианта развития является шизоидная психопатия);

2) инстинктивно-аффективная сфера, включая уровень влечений, обладает повышенной возбудимостью и интенсивностью воздействий на интеллект и личность в целом, что приводит к перестроению системы отношений «интеллект – аффект»: интеллектуальные процессы начинают обслуживать требования базального аффекта и влечений (как, например, в случае истероидной психопатии);

3) как базальные, так и высшие эмоции оказываются недоразвиты, наблюдаются явления расторможенности влечений; контроль со стороны интеллекта ограничен в одних случаях из-за его низкого уровня, в других – из-за отсутствия стойкой интеллектуальной мотивации (как, например, при органической психопатии).

Патологическое формирование личности.

Возрастная незрелость личности у ребенка и подростка определяет ее высокую чувствительность к воздействию различных средовых факторов, как благоприятных, так и неблагоприятных. В случае аномального воздействия на личность ребенка и его развитие отрицательных социальных и психогенных факторов речь идет о патологическом формировании личности. В.В. Ковалев (2005) обозначает эту категорию расстройств как «психогенные патологические формирования личности у детей и подростков».

Несмотря на различия в подходах, все авторы сходятся в том, что обязательной причиной любого патологического развития личности являются неблагоприятные условия воспитания, длительная психотравмирующая ситуация. Неблагоприятная биологическая основа и сочетанные другие нарушения развития могут усугубить течение этого расстройства. В итоге В.В. Ковалевым выделяется четыре типа патологического формирования личности в детском и подростковом возрасте:

- 1) патохарактерологическое;
- 2) постреактивное;
- 3) невротическое;
- 4) дефицитарный тип.

При психопатиях и патологическом развитии личности наблюдается дисгармония между эмоциональной и интеллектуальной сферами, что собственно и обуславливает название данной группы дизонтогенеза. Так, при дисгармоническом развитии часто регуляция психической деятельности подчиняется «законам эмоций», а не первично сохраненным интеллектуальным процессам. Иными словами, возникает своеобразная «аффективность» психических процессов и поведения в целом. То есть в этом случае «даже первично сохраненный интеллект не регулирует эмоциональную сферу, в том числе ее базальный уровень, а часто находится от него в большей зависимости, чем в норме». Между тем некоторые варианты дисгармонического развития, например, конституциональные психопатии, характеризуются дисгармонией и в

самой интеллектуальной сфере. Таким образом, именно «различные сочетания диссоциаций развития в эмоциональной и интеллектуальной сферах создают значительный полиморфизм проявлений, которым отличаются разные варианты дисгармонического развития».

2. *Общая характеристика искаженного развития.*

Под искаженным развитием классически понимается «тип дизонтогенеза, при котором наблюдаются сложные сочетания общего психологического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, что приводит к ряду качественно новых патологических образований».

Согласно М.М. Семаго и Н.Я. Семаго (2011), для данного вида отклоняющегося развития в первую очередь характерно «наличие грубейшей несформированности (недостаточности) системы аффективной организации и искажений других базовых структур (регуляторных и ментальных), приводящее к искажению всех пропорций развития». Такая «диспропорциональность» формирования психических структур проявляется в том, что отдельные высшие уровни той или иной сферы оказываются достаточно сформированными, в то время как низшие уровни выражены (порой тотально) несформированы.

По М.М. Семаго и Н.Я. Семаго, «основным показателем искаженного развития в отличие от дисгармонического является не столько существенная асинхрония развития отдельных функций или систем, сколько специфическое искажение всех адаптационных и приспособительных систем поведения». В основу психологического подхода к классификации отклонений в рамках данного вида асинхронного развития авторами положено преимущественное «страдание» той или иной сферы (эмоционально-аффективной или когнитивной). Так, выделяется три типа искаженного развития:

- 1) искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы;
- 2) искажение преимущественно когнитивной сферы;
- 3) мозаичные варианты искаженного развития.

Авторы указывают, что «в реальности каждый из этих типологических вариантов имеет множество различных особенностей, которые затрудняют отнесение развития к тому или иному типу. Наверное, поэтому в настоящее время все чаще используется обобщенное для всех категорий (и достаточно широкое) наименование состояния детей как расстройства аутистического спектра».

Более раннее название этого варианта дизонтогенеза в типологии М.М. Семаго и Н.Я. Семаго – «преимущественное искажение эмоционально-аффективного развития». В основе такого искажения развития лежит «тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса». В результате этой дефицитарности у ребенка нарушаются пороги восприятия, нарушается развитие коммуникативных навыков и эмоциональной сферы (преобладают отрицательные эмоции тревоги, страха со склонностью к ограничению, упрощению и стереотипизации контактов с миром). Наиболее часто такие расстройства квалифицируются как ранний детский аутизм (РДА).

Клинико-психологическая структура РДА была фактически одновременно

описана Г. Аспергером (1944), Л. Каннером (1955) и С.С. Мнухиным (1968). Так Л. Каннером была выделена характерная для этого нарушения триада симптомов:

- 1) аутизм с аутистическими переживаниями;
- 2) однообразное поведение с элементами одержимости и особенностями двигательных расстройств;
- 3) своеобразные нарушения речи.

При аутизме особо выражено нарушение закона гетерохронии, проявляющееся в асинхронии развития. В том числе речь идет о сочетании при этом варианте дизонтогенеза явлений акселеративного развития и недоразвития. По данным К.С. Лебединской, явления акселерации можно отметить лишь в тех компонентах любой функции, которые участвуют в гиперкомпенсаторных механизмах защиты, а именно в спонтанной аутичной активности ребенка и в его сверхценных пристрастиях. В компонентах же, предназначенных обеспечивать нормативную адаптацию к среде на разных уровнях (от вегетативного до наиболее сложного коммуникативного), выступают явления недоразвития.

Согласно исследованиям В.М. Башиной (1974), асинхрония развития наиболее характерна для одного из вариантов аутизма – синдрома Каннера. Показано, что при каннеровском синдроме отмечаются, во-первых, нарушение иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания и, во-вторых, нарушение физиологического феномена вытеснения примитивных функций более сложными.

Итак, согласно К.С. Лебединской, РДА относится к особой, недостаточно ясной патологии нервной системы генетического или экзогенного происхождения, при которой затруднено формирование эмоциональных контактов ребенка с внешним миром и, прежде всего, – с человеком. Отсутствие общения, возникающее с раннего детства, искажает ход всего психического развития ребенка, грубо препятствует его социальной адаптации.

В МКБ-10 детский аутизм под шифром F84.0 определяется как «общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до трех лет, и аномальным функционированием во всех трех сферах: социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения. У мальчиков расстройства развиваются в 3-4 раза чаще, чем у девочек». Ранний детский аутизм отличается от других аномалий развития «наибольшей сложностью и дисгармоничностью как клинической картины, так и психологической структуры нарушений». В настоящее время отсутствует единая точка зрения на проблему происхождения РДА. На основе этиопатогенетического подхода К.С. Лебединская выделяет пять вариантов этого расстройства (табл. 5)

Этиопатогенетическая классификация раннего детского аутизма
К.С. Лебединской

Вид РДА	Краткая психологическая характеристика
Органический аутизм – связан с внутриутробным поражением нервной системы и локализацией в стволовых отделах мозга	психическая инертность ребенка; двигательная недостаточность; нарушения внимания и памяти; как правило, задержки речевого и интеллектуального развития
Психогенный аутизм – возникает преимущественно у детей раннего возраста (до 3-4 лет), вызван нарушением аффективной связи ребенка с матерью	нарушение контакта с окружающими; эмоциональная индифферентность, пассивность, безучастность, отсутствие дифференцированных эмоций; задержки развития речи и психомоторики; в первые 3 года жизни аутизм при нормализации условий воспитания может исчезнуть
РДА шизофренической этиологии – рассматривается как начальный период детской шизофрении, реже – тяжелой формы шизоидной психопатии (речь идет о наследственной патологии с невыясненными патогенетическими механизмами как это имеет место при шизофрении)	Более выраженная отгороженность от внешнего мира и слабость контактов с окружающими; выраженная диссоциация психических процессов; стирание границ между субъективным и объективным, погружение в мир внутренних болезненных переживаний и патологических фантазий; наличие рудиментарных бредовых образований и галлюцинаторных феноменов; поведение отличается причудливостью, вычурностью, амбивалентностью; К.С. Лебединская – 2 диагностических признака: хотя бы короткий промежуток времени у ребенка наблюдалось нормальное психическое развитие; имеются признаки прогрессирования заболевания в виде нарастания психического дефекта (углубление вялости, аспонтанность, распад речи, регресс поведения)
РДА при обменных заболеваниях	Описывается как сопутствующий синдром, когда у детей на фоне психического недоразвития наблюдаются аутистические проявления.
РДА при хромосомной патологии	

С клинико-психологических позиций можно выделить две группы причин возникновения РДА. К первой группе относятся нарушения, обусловленные недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективной). Действительно, при РДА наблюдается выраженная недостаточность психического тонуса (энергетическая недостаточность) и связанная с ней слабость побуждений. Эти синдромы являются первичными расстройствами в клинической картине РДА.

В связи с этим наиболее часто отмечаются следующие нарушения:

1) тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса, препятствующая формированию активных и дифференцированных контактов со средой;

2) быстрые истощаемость и пресыщаемость любой целенаправленной активности;

3) трудности сосредоточения активного внимания;

4) нарушения целенаправленности, произвольности действий.

Вторая группа причин развития РДА характеризует нарушения, обусловленные дефицитностью сенсорных (анализаторных) систем. Речь идет о том, что у таких детей отмечаются низкие, а по другим сведениям – слишком высокие сенсорные пороги. Вследствие этого обычные раздражители, как правило, воспринимаются ребенком с РДА как слишком сильные и вызывающие болезненные ощущения. В итоге на такие сенсорные стимулы возникают парадоксальные реакции – чтобы защититься от очень сильных и болезненных, с точки зрения ребенка, стимулов, он «отстраняется» от внешнего мира, у него появляются признаки собственно аутизации и, как следствие, явления психической депривации.

Таким образом, аутизм при данном варианте дизонтогенеза является вторичным нарушением и развивается как гиперкомпенсаторный механизм защиты от первично возникающей неадекватной сенсорной чувствительности. Первичными нарушениями при РДА являются сенсоаффективная гиперстезия и слабость энергетического потенциала. Собственно сам аутизм и другие проявления этого нарушения относятся к вторичным расстройствам.

3. Одаренность как вид отклоняющегося развития.

В настоящее время существует множество научных концепций и определений одаренности (Дж. Гилфорда, Л. Термена, К. Хеллера, А.М. Матюшкина и др.). Все существующие подходы акцентируют внимание на определенных аспектах этого сложного психического явления. Так, например, согласно «Мюнхенской модели» К. Хеллера под одаренностью понимается индивидуальный когнитивный, мотивационный и социальный потенциал, позволяющий достигать высоких результатов в одной (или более) из следующих областей: интеллект, творчество, социальная компетентность, художественные возможности, психомоторные возможности.

При квалификации одаренности следует иметь в виду, что «ее следует дифференцировать на одаренность с гармоничным и дисгармоничным типами развития. В рамках психологии дизонтогенеза правомерно говорить о втором варианте одаренности. В основе этого варианта, «возможно, лежат другой генетический ресурс, а также другие механизмы возрастного развития, характеризующегося чаще всего ускоренным, но иногда и замедленным темпом. Кроме того, его основу может представлять другая структура с нарушением интегративных процессов, что ведет к неравномерности развития различных психических качеств, а подчас ставит под вопрос наличие одаренности, как таковой».

Действительно, у одаренных детей диагностируется главный критерий любого дизонтогенеза – асинхрония в формировании психических функций, т.е. нарушение закона гетерохронии. Как отмечают авторы концепции, одаренные дети полностью отвечают основным критериям асинхронного развития. У них отмечается сверхразвитие (ускоренное, акселеративное развитие) одних сфер (в

первую очередь, когнитивной) и в целом нормативное развитие других. Наряду с этим отмечается поведенческая и/или социоэмоциональная дезадаптация, также характерная для любого варианта дизонтогенеза.

В научной литературе описано большое число классификаций одаренности. Согласно М.М. Семаго и Н.Я. Семаго, в этой подгруппе отклоняющегося развития можно выделить две разновидности:

- 1) парциальные варианты одаренности – музыкально, художественно, математически одаренные дети, другие виды парциальной одаренности;
- 2) тотально одаренные во всех сферах деятельности.

Также существуют переходные варианты, «когда одаренность (парциальная или тотальная) со временем (иногда в подростковом или взрослом возрасте, а иногда и с самого начала) смешивается и даже сливается с другой группой асинхронного развития – с искаженным развитием и начинает приобретать черты выраженной социальной и поведенческой дизадаптации».

4. Краткая характеристика психической травмы и стрессового расстройства.

Впервые в специальной психологии М.М. Семаго и Н.Я. Семаго рассматривают психическую травму как особую типологическую категорию (вид) отклоняющегося развития. В обобщенном виде под психической травмой можно понимать болезненный психологический опыт, к которому индивид оказался субъективно не готовым, в результате чего нарушается соматическое, психологическое, личностное функционирование и/или возникают нарушения поведения.

Причинами подобной психической травматизации могут являться самые разнообразные как внешние, так и внутренние неблагоприятные факторы (стихийные природные бедствия, неблагоприятная социальная обстановка, в т.ч. насилие над ребенком, соматические болезни и пр.). В «Диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» (DC:0-3R) для квалификации посттравматического стрессового расстройства предлагается несколько расширить перечень вызывающих его угрожающих или катастрофических событий, приведенных во «взрослых» классификациях, дополнив его такими специфическими для раннего возраста травмирующими обстоятельствами как, например, нападение животного или угроза жизни родителям.

Итак, в результате переживания психической травмы при неблагоприятных обстоятельствах могут возникнуть различные нарушения. В МКБ-10 для этой группы расстройств выделена категория F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Она включает в себя расстройства, которые определяются в том числе на основании наличия одного из двух причинных факторов:

- 1) исключительно сильного стрессового жизненного события, вызывающего острую стрессовую реакцию;
- 2) значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации.

С учетом времени возникновения нарушений после перенесенной травмы и их длительности в МКБ-10 они подразделяются на три следующие группы:

- 1) острая реакция на стресс (F43.0);
- 2) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (F43.1);
- 3) расстройство приспособительных реакций (расстройство адаптации) (F43.2).

При острой реакции на стресс симптомы обычно начинают исчезать спустя 24-48 часов и сводятся к минимуму в течение трех дней. Следовательно, такая реакция не вызывает у ребенка серьезных и длительных отклонений в развитии. Подобные отклонения возникают в ситуации ПТСР, когда реакции ребенка на стресс более продолжительны и/или отставлены во времени. Именно о таких реакциях пойдет речь ниже.

Как отмечает Н.В. Тарабрина, наличие посттравматического стресса у детей определить сложно, поскольку они далеко не всегда могут вербализовать свои чувства, связанные с травмой, особенно если травматизация произошла в раннем возрасте. Выявление травматического опыта может быть осложнено также проявлениями диссоциации или внушенным ребенку чувством вины или стыда (особенно это характерно для ситуаций насилия).

Роберт Пинос, который одним из первых начал изучать последствия детского травматического опыта с точки зрения посттравматического стресса, рассматривает последствия психологической травмы у детей как сложное взаимодействие травматического стресса и его последствий с процессом развития ребенка. Автор выделяет три взаимодействующие фактора, определяющих характер посттравматического стресса у детей и ход их дальнейшего развития. К таким факторам относятся:

- 1) травматический опыт (как объективные характеристики, так и субъективные реакции ребенка);
- 2) частота и интенсивность напоминания о психической травме;
- 3) вторичные проблемы и стрессы повседневной жизни ребенка.

В итоге можно выделить два варианта развития при психической травме: развитие в ситуации острой психической травмы; развитие в ситуации хронической психотравматизации.

Таким образом, характер последующего развития ребенка и специфика его реагирования на психическую травму зависит от множества факторов. По данным М.Ф. Le Heuzey (2000) можно выделить ряд факторов риска, связанных с возникновением посттравматического стресса у детей. Кроме того, можно выделить и протективные факторы, способствующие адекватному и адаптивному переживанию ребенком психотравмы. К таким защитным факторам относятся:

- 1) наличие хорошего уровня интеллектуального развития;
- 2) проживание в хорошо функционирующей семье;
- 3) получение хорошего образования с близким родительским участием;
- 4) адекватное вмешательство после травмы.

Вне зависимости от типа психической травмы у ребенка в итоге возникает деформация или даже своеобразная поломка аффективной организации

поведения и сознания, которая может привести к изменению структур регуляторного обеспечения психической активности и глубинных подуровней ментальных структур.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) возникает у детей как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или критическую ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера. Как отмечает Н.В. Тарабрина, «проявления и развитие ПТСР у детей имеют ряд особенностей по сравнению с взрослыми, которым был поставлен аналогичный диагноз. Это связано в первую очередь с особенностями детской психики. Так, дети не всегда могут связать свои травматические проявления с фактом психологической травмы, что крайне важно при проработке травмы». Специфика симптоматики ПТСР у детей представлена в табл. 6.

Таблица 6

Особенности переживания ПТСР в детском возрасте

Критерий ПТСР по МКБ-10	Особенности поведения у детей
Повторные, мучительные назойливые воспоминания о травмирующих событиях или повторяющиеся игры детей, воспроизводящие эти события	Дети однообразно, монотонно повторяют один и тот же сюжет игры, не внося туда никаких изменений, никакого развития. В таких играх, как правило, отсутствуют катартические элементы. Могут быть вызывающие ужас сны, на первый взгляд непонятные для ребенка, но очевидно связанные с травматическими событиями
Избегание стимулов, ассоциирующихся с психической травмой, снижение интереса к деятельности и притупление эмоционального реагирования на текущие обстоятельства	Психическое притупление (эмоциональная анестезия) начинается спустя некоторое время после травмы. Ребенок начинает проявлять меньше интереса к активностям, которые его ранее привлекали, а также к внешнему миру, чувствует себя чужим среди других людей
Повышенная возбудимость	Наличие нейровегетативно гиперактивности (например, расстройства сна, дефицит внимания)

Таким образом, общий поведенческий радикал у детей, перенесших психическую травму, схож с поведением взрослых, страдающих ПТСР, но имеет и свои характерные возрастные черты. Например, у детей младенческого и раннего возраста после психической травмы могут наблюдаться не свойственные для взрослых симптомы утраты ранее приобретенных навыков физического и психосоциального развития.

5. Дефицитарное развитие.

Дефицитарное развитие, по В.В. Лебединскому, связано «с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной, а также рядом инвалидизирующих соматических заболеваний (сердечно-сосудистой системы, например при тяжелых пороках сердца, дыхательной – при бронхиальной астме, ряде эндокринных заболеваний и т.д.)». С точки зрения М.М. Семаго и Н.Я. Семаго, основным критерием выделения данного типа отклоняющегося развития является «наличие возникшей в раннем возрасте (или даже пренатально)

недостаточности отдельных анализаторных систем, в том числе проприоцептивной системы, ее центрального звена (нарушения опорно-двигательного аппарата при детском церебральном параличе). Базовые критерии отнесения типа психического развития к дефицитарному обозначены на рисунке 4.

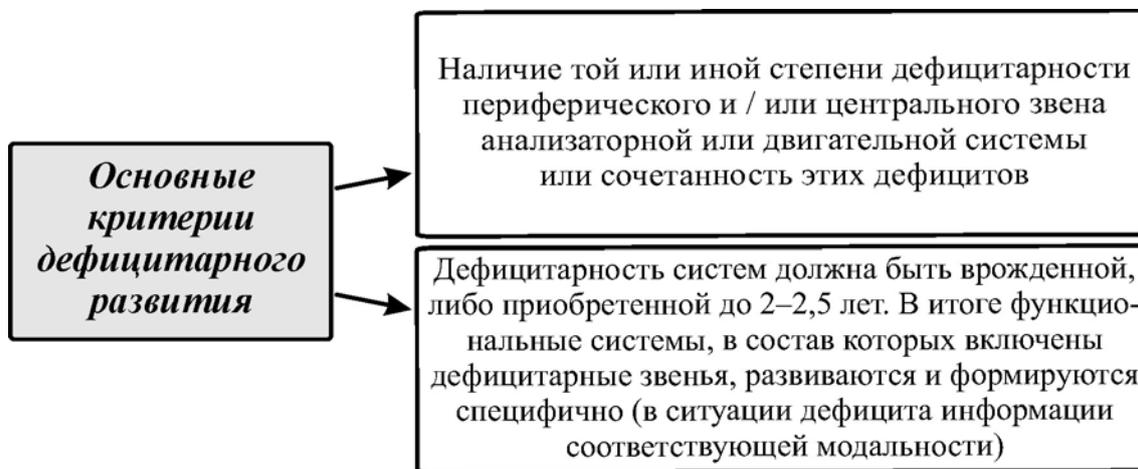


Рис. 4. Критерии выделения группы дефицитарного развития по М.М. Семаго и Н.Я. Семаго

Итак, базовыми этиопатогенетическими факторами возникновения дефицитарного развития являются нейробиологические особенности развития. Важно еще раз отметить, что М.М. Семаго и Н.Я. Семаго не относят нарушения речи к дефицитарному развитию, в отличие от В.В. Лебединского, аргументируя это тем, что такие расстройства не отвечают базовым критериям данного типа дизонтогенеза.

Дефицитарность слухового восприятия.

К этому варианту отклоняющегося развития относится «категория, разнообразная по степени слухового дефекта и уровню развития речи». По современным данным «все причины и факторы нарушений слуха следует разделить на три группы. Первая группа – это причины и факторы, приводящие к возникновению наследственной глухоты или тугоухости. Вторая группа – факторы, воздействующие на развивающийся плод во время беременности матери или приводящие к общей интоксикации организма матери в этот период (врожденное нарушение слуха). Третья группа – факторы, действующие на сохранный орган слуха ребенка в процессе его жизни (приобретенное нарушение слуха).

Вместе с тем исследователи полагают, что достаточно часто поражение слуха возникает под действием нескольких факторов, оказывающих воздействие в различные периоды развития ребенка. Соответственно они выделяют фоновые и манифестные факторы. Фоновые факторы, или факторы риска, создают благоприятный фон для развития глухоты или тугоухости. Манифестные факторы вызывают резкое ухудшение слуха». Следовательно, преимущественное значение в развитии этих нарушений играют неблагоприятные биологические факторы.

Между тем, как и при любой другой патологии, значительное влияние на структуру дефекта здесь оказывают социально-психологические факторы.

Существует большое число классификаций нарушений слуха. Главным категориальным основанием для типологизации таких расстройств, служит степень потери слуха. В 1963 г. психолого-педагогическую классификацию нарушений слуха предложила Р.М. Боскис (табл. 7). В ней, помимо степени потери слуха, также учитываются время возникновения дефекта и уровень развития речи. В соответствии с названными критериями выделяются две группы детей – глухие и слабослышащие.

Таблица 7.

Психолого-педагогическая классификация нарушений слуха Р.М. Боскис

Вид нарушения слуха	Подвиды и характеристика нарушений слуха
Глухие (неслышащие) дети – это дети, нарушение слуха которых не позволяет естественно воспринимать речь и самостоятельно овладевать ею	Дети без речи – ранооглохшие, родившиеся с нарушенным слухом или потерявшие слух до начала речевого развития. Они овладевают зрительным (чтение с губ) и слухозрительным (при помощи звукоусиливающей аппаратуры) восприятием словесной речи только в условиях специального обучения. Дети с речью – позднооглохшие, потерявшие слух в период, когда речь была сформирована. Могут освоить навыки зрительного или слухозрительного восприятия словесной речи. Развитие мышления в большей степени сходно с его развитием у слышащих детей, чем у ранооглохших
Слабослышащие дети – имеют частичное нарушение слуха разной степени, при котором возможно самостоятельное хотя бы минимальное речевое развитие	Слабослышащие дети с тяжелым недоразвитием речи – произносят отдельные слова, короткие, неправильно построенные фразы, есть грубые нарушения лексического, грамматического, фонетического строя речи). Слабослышащие дети с незначительным недоразвитием речи – владеют развернутой фразовой речью с не- большими отклонениями в грамматическом строе, фонетическом оформлении

Как было сказано выше, первичное нарушение слуха обуславливает развитие вторичных расстройств психической деятельности. Краткая психологическая характеристика детей с нарушениями слуха представлена ниже.

Итак, «психическое развитие детей с недостатками слуха свидетельствует о том, как велика роль слуха в развитии речи и роль речи в формировании всех познавательных процессов, особенно словесно-логического (понятийного) мышления, а также в развитии эмоций и чувств, волевых действий и черт личности. Изученные закономерности психического развития детей с недостатками слуха позволяют полнее и точнее понять формирующуюся структуру психической деятельности любого ребенка».

Дефицитарность зрительного восприятия.

Данный вариант отклоняющегося развития включает различные нарушения зрения в детском возрасте. Причинами таких расстройств является воздействие неблагоприятных биологических факторов, которые совместно с социальными

факторами определяют ход развития этих детей. В зависимости от сохранности остроты зрения выделяют слепых и слабовидящих детей (табл. 8).

Таблица 8

Классификация нарушений зрения у детей

Вид нарушения зрения	Подвиды нарушений зрения
Слепые – это дети с полным отсутствием зрительных ощущений, либо имеющие остаточное зрение (максимальная острота зрения – 0,04 (4 %) на лучшем видящем глазу с применением обычных средств коррекции – очков), либо сохранившие способность к светоощущению	Абсолютно, или тотально, слепые – дети с полным отсутствием зрительных ощущений. Частично слепые (частично видящие) – дети, имеющие светоощущения, форменное зрение с остротой зрения от 0,005 до 0,04 (читают и пишут по системе Брайля)
Слабовидящие – при выраженном снижении остроты восприятия зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо	Слабовидящие дети с остротой зрения в пределах от 0,05 (5 %) до 0,09 (9 %) с коррекцией стеклами на лучшем глазу. Слабовидящие дети с остротой зрения от 0,1 (10 %) до 0,4 (40 %) с коррекцией оптическими стеклами на лучшем глазу. Дети с остротой центрального зрения 0,4- 0,5 (40-50 %) и выше с коррекцией оптическими стеклами

По параметру «время наступления дефекта» выделяют:

- 1) слепорожденных детей с врожденной тотальной слепотой или ослепших в возрасте до трех лет;
- 2) ослепших детей, утративших зрение в дошкольном возрасте и позже.

В рамках типологии Н.Я. Семаго и М.М. Семаго ослепших детей можно отнести к категории локально поврежденного типа развития, поскольку «более поздние нарушения зрения позволяют детям использовать уже сформировавшиеся ранее на основе зрения связи в ходе познавательной деятельности и образуют иные системы связи при компенсации дефекта».

Дефицитарность опорно-двигательного аппарата.

Нарушения опорно-двигательного аппарата (НОДА) включают в себя достаточно разнообразные формы, как с позиций клинического, так и психологического подходов. В зависимости от преимущественных нарушений тех или иных параметров движения В.В. Лебединский выделяет четыре формы аномального развития двигательной сферы. К ним относятся:

1. «Моторная» (Г. Дюпре), или корково-ассоциативная (А. Валлон), дебилность, связанная преимущественно с недоразвитием пирамидной системы и проявляющаяся в нарушениях мышечного тонуса, неловкости произвольных движений, синкинезиях. При кажущемся обилии движений наблюдаются бедность их комбинаций, слабая приспособленность к реальным задачам. Скучность и инертность мимики нередко находятся в контрасте с повышенным настроением «Двигательный инфантилизм» (А. Гомбургер), отражающий замедленную динамику моторного развития. В основе этого нарушения лежит неугасание

некоторых рефлексов, свойственных раннему детству, запаздывание в развитии стояния, ходьбы, сидения.

2. Экстрапирамидная недостаточность (К. Якоб) с бедностью мимики, жестов, защитных и автоматических движений, недостаточностью их ритмичности.

3. Фронтальная недостаточность (М.О. Гуревич), характеризующаяся малой способностью к выработке двигательных формул, высших автоматизмов, расторможенностью либо, наоборот, гиподинамией.

Подобные виды нарушений описаны у детей с органическим поражением нервной системы и могут встречаться при различных церебрально-обусловленных вариантах дизонтогенеза, например, при интеллектуальном недоразвитии по олигофреническому типу, при ЗПР церебрально-органического генеза и других аномалиях развития.

Определение детского церебрального паралича.

Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеют детский церебральный паралич (ДЦП). Это нарушение в течение почти 100 лет называли «болезнью Литтля». Термин «детский церебральный паралич» предложил использовать в 1983 г. З. Фрейд.

Детский церебральный паралич обозначает «группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля центральной нервной системы за произвольными движениями». По определению Л.М. Шипициной, при ДЦП отмечаются «нарушения осанки и двигательных функций, приобретенных в первые годы жизни, не прогрессирующих, отчасти поддающихся функциональной коррективке и объясняющихся недостаточным развитием либо повреждением головного мозга».

Как указывает В.И. Лубовский и соавт. (2005), ДЦП «является резидуальным состоянием, т.е. не имеет прогрессирующего течения. Однако по мере развития ребенка различные проявления недостаточности двигательных, речевых и других психических функций могут видоизменяться, что связано с возрастной динамикой морфо-функциональных взаимоотношений патологически развивающегося мозга. Кроме того, более выраженные проявления декомпенсации могут определяться нарастающим несоответствием между возможностями поврежденной центральной нервной системы и требованиями, предъявляемыми окружающей средой по мере роста ребенка. Явления декомпенсации также могут усиливаться при осложнении двигательных расстройств различными патологическими неврологическими и психопатологическими синдромами»

В основе ДЦП «лежит внутриутробное или перинатальное повреждение головного мозга ребенка под влиянием различных неблагоприятных (биологических) факторов, действовавших во время внутриутробного периода развития и (или) в момент родов». В итоге патогенез этого нарушения «связан с поражениями ряда отделов мозга, как корковых, так и подкорковых, среди которых одно из основных мест занимает повреждение премоторных зон».

В 1983 г. отечественный невропатолог Л.О. Бадалян предложил называть данную патологию «дизонтогенетические поступательные дискинезии». Он

отмечал, что поражение нервной системы в данном случае представляет собой не «поломку» уже готового механизма, а задержку или искажение его развития и становления. «Нарушения нельзя считать исключительно церебральными, так как механизм реализации патологической двигательной активности лежит не горизонтально, а охватывает всю вертикальную систему регуляции движений».

Итак, диагноз ДЦП считается собирательным и объединяющим различные синдромы. Действительно, понятие «детский церебральный паралич» является в некоторой степени условным, так как в большинстве случаев нет истинного паралича, а имеется различное по форме нарушение контроля за движениями.

Промежуточный тест к разделу № 2

1. Назовите основные направления нарушенного онтогенетического развития:

- 1) недостаточное развитие
- 2) тотальное недоразвитие
- 3) умственная отсталость
- 4) всё вышеперечисленное**

2. Для определения варианта умственной отсталости в МКБ-10 какой используется дополнительный код:

- 1) обусловленная предшествующей инфекцией или интоксикацией
- 2) обусловленная гипертиреозом
- 3) связанная с недоношенностью
- 4) всё вышеперечисленное**

3. Какое число классификаций психического недоразвития различных группировки синдромов по мнению M. Gelof (1963) имеется в англоязычных странах:

- 1) 28
- 2) 23**
- 3) 42
- 4) 36

4. Какие два звена (компонента) психической деятельности взяты в основу классификации тотального недоразвития М.М. Семаго и Н.Я. Семаго взяты:

- 1) аффективный и динамический компоненты развития
- 2) нейродинамический и аутистический компоненты развития
- 3) механический и социальный компоненты развития
- 4) нейродинамический и аффективный компоненты развития**

5. Умственная отсталость – это:

1) состояние стойкого снижения интеллекта вследствие органического поражения мозга

2) особая форма психического недоразвития, в первую очередь интеллектуального, наступившая в результате влияния патогенных факторов в пренатальном периоде развития ребенка

3) стойкое ослабление познавательной деятельности, нарушение эмоционально-волевой и личностной сферы, вызванное органическими

поражениями головного мозга в поздний постнатальный период

4) состояние стойкого повышения интеллекта вследствие неорганического поражения мозга

6. Задержка психического развития – это:

1) необратимое отставание в развитии познавательных процессов

2) нарушение нормального темпа психического развития

3) один из характерных признаков олигофрении

4) развитию познавательных процессов

7. Искажённое психическое развитие – это:

1) умственная отсталость

2) ранний детский аутизм

3) деменция

4) задержка психического развития

8. Детский церебральный паралич – это:

1) особый вариант развития, при котором отмечается нарушение двигательных функций и интеллекта

2) особый вариант развития, при котором отмечается нарушение опорно-двигательных функций

3) повышение тонуса каких-либо мышц или конечностей вследствие нарушенной иннервации

4) нарушение двигательных функций организма вследствие поражения двигательных центров головного мозга

9. Для детей с РДА характерно:

1) нарушение двигательной сферы

2) нарушение эмоциональной сферы

3) нарушение познавательной сферы

4) нарушения эмоциональной сферы и общения

10. У детей с нарушениями слуха в качестве вторичных отклонений отмечаются:

1) нарушения интеллекта

2) нарушения двигательной сферы и личности

3) нарушения личности

4) нарушения речи

11. Глухота – это:

1) стойкая потеря слуха, при которой невозможно самостоятельное овладение речью

2) стойкое понижение слуха, при котором возможно самостоятельное накопление минимального словарного запаса

3) временная потеря слуха вследствие болезни, травмы

4) временная потеря слуха вследствие комы

12. Дети с нарушениями речи – это:

1) дети со значительными речевыми нарушениями, но сохранным интеллектом и слухом

2) дети со значительными речевыми нарушениями

3) со сложной структурой дефекта

4) дети с незначительными речевыми нарушениями

13. Какие виды отклонений недостаточного развития выделяют М.М. Семаго и Н.Я. Семаго:

1) тотальное недоразвитие

2) задержанное развитие

3) парциальное недоразвитие отдельных компонентов психической деятельности

4) всё вышеперечисленное

14. Верно ли утверждение, что по этиологическому признаку общее психическое недоразвитие можно разделить на две основные группы – эндогенную (генетическую) и экзогенную:

1) верно

2) неверно

15. Сколько основных групп детей с ЗПР выделяет И.И. Мамайчук в типологии задержанного развития:

1) 4 основные группы детей с ЗПР

2) 12 основных групп детей с ЗПР

3) 9 основных групп детей с ЗПР

4) 2 основные группы детей с ЗПР

РАЗДЕЛ 3. ДИАГНОСТИКА ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

3.1. Патопсихологическая синдромальная диагностика отклоняющегося развития

Одной из главных задач психологов и специалистов социальной сферы является максимально раннее выявление тех ли иных нарушений психики у ребенка. Это позволяет своевременно оказать ему комплексную помощь и предотвратить возникновение вторичных и третичных расстройств. В связи с этим одним из базовых направлений детской патопсихологии является разработка средств и методов диагностики структуры нарушений (т.е. изучение качественных особенностей) психической деятельности, возникающих в детском возрасте.

Патопсихологический подход к анализу психических расстройств в нашей стране был разработан в 70-80-х гг. XX века. Так, классическим примером подобного изучения нарушений психики являются исследования Юрия Федоровича Полякова и соавт., подробно изложенные, в том числе и в монографии «Патология познавательной деятельности при шизофрении» (1974 г.). Особое место занимают научные работы Блюмы Вульфовны Зейгарник и ее коллег, касающиеся технологии построения патопсихологического эксперимента (в частности монография «Практикум по патопсихологии», изданная в соавторстве с В.В. Николаевой и В.В. Лебединским в 1987 г.). Огромный вклад в разработку общих принципов и методик патопсихологической диагностики также привнесла Сусанна Яковлевна Рубинштейн, отразив свои взгляды во множестве научных статей и книг, например, в своей монографии «Экспериментальные методики патопсихологии» (1970 г.).

В отечественной науке патопсихологическая диагностика подразумевает необходимость квалификации того или иного психического расстройства сквозь призму синдромального подхода. Иными словами, итогом такого вида обследования является диагностика характеристик синдрома, описывающего клинко-психологическую картину нарушения. В этой связи в отечественной патопсихологии введено понятие «патопсихологического синдрома» как совокупности закономерно сочетающихся между собой симптомов, отражающих отклонения в различных сферах психики человека.

Патопсихологический синдром как системное образование, имеет свою структуру. В качестве методологического основания для выделения этой структуры в отечественной психологии взята теория деятельности А.Н. Леонтьева. В обобщенном виде патопсихологический синдром отражает следующие компоненты психической деятельности:

- 1) организационный;
- 2) динамический (процессуальный);
- 3) операциональный;
- 4) эмоционально-мотивационный.

Следовательно, при патопсихологическом обследовании необходимо

диагностировать у больного качественные характеристики указанных компонентов синдрома.

Задача патопсихологического исследования состоит в том, чтобы определить к какой категории относится отклонение в развитии, в чем специфика нарушений: это искаженное, органическое, дефицитарное.

Проводится патопсихологическая диагностика, чтобы выявить, что происходит с ребенком, в какой синдром он вкладывается, или мозаичная карта и у него могут быть какие-то особенности его, так как для каждого синдрома есть свои нарушения. Дети с характерным тотальным недоразвитием, им характерно недоразвитие всех высших психических функций, там нет абстрактного мышления, и его не будет никогда, такой ребенок не сможет решать задачи более сложные. Если простые типы тотальности: там нет утомляемости, истощаемости мы будем видеть недостаток внимания ни за счет работоспособности, там не развит познавательный интерес, не интересно, он будет интересоваться чем угодно: стучать предметами, манипулировать – это свойственно детям более раннего возраста, но не уставать, а пресыщаться.

Диагностика отклоняющегося развития может осуществляться в различных формах.

1. Скрининговая диагностика проводится обычно с группой или с целым классом и направлена на выявление детей с какими-либо психологическими свойствами, на оценку постоянства этих свойств у данной группы и на выявление примерного спектра психолого-педагогических проблем. Наличие отклонений в психофизическом развитии на этом этапе выявляется без точной квалификации их характера и глубины.

2. Дифференциальная диагностика имеет целью определить тип или категорию нарушения и соответствующие особенностям и возможностям ребенка вид и программу образовательного учреждения. Более узкой, но не менее важной целью является отграничение сходных состояний при различных нарушениях, уточнение клинического, психолого-педагогического, функционального диагноза. Ведущая роль на этом этапе принадлежит психолого-медико-педагогическим консультациям – ПМПК. Некоторые авторы разделяют углубленную и дифференциальную диагностику.

3. Феноменологическая диагностика (или углубленное психолого-педагогическое изучение) призвана выявить индивидуальные особенности ребенка в его познавательной деятельности, работоспособности, эмоционально-волевой и личностной сферах и т.д., т.е. всего того, что должно учитываться при организации индивидуальной коррекционно-развивающей работы с ним. На данном этапе большое значение имеет деятельность ПМПК образовательных учреждений, в том числе специальных.

4. Динамическое обследование позволяет проследивать динамику развития, эффективность обучения, развивающих и/или коррекционных мероприятий.

5. Итоговая диагностика призвана оценить состояние ребенка «на выходе», в конце определенного этапа его обучения или цикла коррекционной работы.

Каждая из форм диагностики обладает СВОИМИ свойствами, технологиями и набором инструментальных средств - методик и тестов.

Основные принципы и методы специальной психологии и дефектологии:

- наблюдение (в естественных условиях);
- обследование или беседа;
- эксперимент (естественный и лабораторный);
- анализ результатов деятельности аномальных детей;
- письменных работ, рисунков, поделок;
- социологические и психологические методы исследования:

анкетирование, исследование социальной адаптации и уровня притязаний личности; социометрия и другие.

Например, у умственно отсталого ребенка, он может воспроизводить только по подобию, только тренировкой и через время он совершенно не воспроизведет, кривая запоминания ровная, смысловое запоминание будет страдать, не будет выполнять 4-й лишней. У ребенка с органическими поражениями, у него есть какая-то мотивация он может запоминать, а также может стараться выполнять задания. Если ребенок с ЗПР церебрально-органического генеза (органики) – тут мы увидим истощаемость, утомляемость, трудности распределения и концентрации внимания. Инфантильно-задержанный тип гармонический, негармонический, он классифицирован.

Парциальные несформированности, поврежденное развитие (F-83, F-66, -07.9) – это органика, психоорганический синдром, эмоционально лабильные расстройства (рапцунт или СДВГ). Тут нарушения идут у всех, что у парциального, что и у поврежденного развития поорганическому типу поврежденному, все формы эпилепсии и парасизмальные состояния Церебральный парасизм, парциальные все формы задержки.

Следовательно, что все эти дети будут иметь в разной степени выраженности истощаемость, утомляемость психологической активности и на этом фоне соответственно давать различные особенности развития психических функций. Если мы говорим о поврежденном развитии или о психоорганическом синдроме, видим выраженное снижение концентрации внимания, выраженное колебание слухоречевой памяти (снижен объем, пики и подъемы в процессе запоминания и крайне низкую прочность, произведет мало, быстро устанет, речь о старшем дошкольном возрасте, школьники и подростки).

Показатели по мышлению указывают на разные формы, если это эпилептические повреждения, то комбинации разнообразны, но всегда будут видны островки нормального развития (речь непонятна, слухоречевая память слабая, разговаривает плохо, но при этом картинки складывает, причинно-следственные связи установить может – это такая органическая структура, он не готов и не может, ему нечем работать). Если мы видим ребенка с парциальной несформированностью, например, вербально-логического компонента – это ребенок речевой, у него невербальные задания делаются достаточно хорошо, если ему прорисовывать и стимулировать, то ребенок будет решать задачи и даже обратные.

Если это ребенок с несформированностью регуляторного компонента (СДВГ), то на фоне истощения он не может удерживать себя, качество работы страдает. У дошкольников 3-6 лет гораздо труднее, не видно формы истощаемости, сказанной выше, он может ничего не делать, наша задача отдифференцировать одно от другого. В какой-то период, ребенок может демонстрировать только полевое поведение и не делать ничего, это еще не значит, что он тотален, следовательно, надо за ребенком наблюдать (на эксперименте могут не собрать пирамидку, не выполнить задание, а вот при наблюдении он может, и кубики сложить и ложку правильно взять), моторная неловкость, повышенное слюноотделение, надо понимать к чему мы хотим прийти. Искривленные формы развития у детей 6-18 лет можно наблюдать рудименты повышенного нарушения мыслительной деятельности, преимущественно мы смотрим нарушения эмоционально-аффективной сферы, это сфера базовая, особенно для дошкольников, (если ребенок аутист он не смотрит в глаза эмоционально сглажен, тактильный контакт плохо переносит, но оставшись один он может скачивать с интернета игры, складывать собирать сложные конструкции – это дисгармония и это искаженное развитие).

Особенности поведения у детей совершенно разные, совершенно разные причины приводят к тому, что один ребенок имеет редукцию энергетического потенциала, имеет нарушения мыслительных процессов, имеет искаженную эмоционально-аффективную сферу, а другой с этими же пароксизмами ничего не имеет, он имеет истощаемость, утомляемость и недостаток мыслительных процессов в определенных сферах. Эту разницу надо учитывать, даже если знаем, что был первый эпизод эпилепсии, эти дети по контакту по взаимодействию долгие, чем дети с органическими поражениями (никто не мешает шизофренику иметь эпилепсию, следовательно, зная это – держим заметку, что это искаженное развитие, так как процесс коррекции разный).

Эпилептика корректируем тут и сейчас, даже если у него случилась галлюцинаторная симптоматика, и случилась на вспышке, она проходит, и он здесь и сейчас, он с вами, а искаженное развитие он не тут он не сейчас, у него свой мир своя логика. Поэтому необходима патопсихологическая диагностика, методы одни и те же, а специфика выполнения разная (шизофреники они не устают, они пресыщаются, и он бы так не выполнил никогда задание, так как уходит в рассуждения, а рассуждения его витиеваты без основания.) Вот тут выстраиваем работу в плане коррекции по-разному, а инструментарий диагностический для всех одинаковый.

Теоретической и практической проблемой современной патопсихологии является отсутствие разработанной детской типологии патопсихологических синдромов, основанной на компонентном анализе нарушений. На настоящий момент существует подобная классификация, предназначенная для квалификации нарушений у взрослых. Между тем, использование данного патопсихологического синдромального подхода при диагностике детей позволяет выделить качественные характеристики психической деятельности и у этой категории лиц.

Таким образом, в качестве оснований для психодиагностики

нарушенного развития в детском возрасте, возможно, использовать квалификационные критерии, применяемые в отечественной патопсихологии для диагностики психических расстройств у взрослых. Такими основаниями являются базовые компоненты патопсихологического синдрома – организационный, динамический, мотивационный и операциональный. Подобный подход к детской психодиагностике в настоящее время не является общепринятым среди патопсихологов, он требует дальнейшего осмысления и доработки.

Итак, при диагностике онтогенетических аспектов формирования психической патологии квалификация патопсихологического синдрома играет определяющую роль. Так, при изучении ребенка с особыми образовательными потребностями такой синдром указывает на первично возникшие отклонения, появившиеся в результате непосредственного воздействия вредоносного фактора. Это дает возможность определить психологические (а не клинические, медицинские) этиопатогенетические механизмы и закономерности развития отклонений. Итогом такого варианта психологического анализа нарушений является выделение типа отклоняющегося развития, для которого свойственны выявленные дефекты. Таким образом, в психологии аномального (нарушенного) развития тот или иной вариант патопсихологического синдрома (сочетание характеристик его компонентов) соотносится с соответствующим ему типом дизонтогенеза психики. Это позволяет объяснить причины и механизмы психических нарушений, возникших в пренатальный, натальный и ранний постнатальный период развития.

Выбор экспериментальных методик

1. Это моделирование проблемных ситуаций.

Любая методика, которую мы выбираем, помогает нам понять, что мы хотим увидеть, в чем специфика патопсихологического эксперимента, именно в самом эксперименте. Мы моделируем ситуацию, которая вскроет проблему, с которой обратились, если она там есть, то покажет (смотрим, например, модель поведения в семье и стараемся понять, почему ребенок разговаривает сам с собой).

Наша задача рассмотреть не только какую-то функцию ВПФ, мы смотрим всю психику в целом, не отрываем один процесс от другого. Если в ядре личности заложено, что он, например, педант, то это обязательно будет показано в процессе обследования – это его личностная особенность (максимально скорректировать, уйти от ригидности).

2. Изучение анамнеза ребенка.

Всегда при подборе методик изучаем анамнез. Всегда просим принести медицинскую карточку, тетради школьные смотрим.

3. Выдвигается гипотеза о типе нарушения психических функций.

Когда изучили анамнез, когда посмотрели, что происходит с ребенком можно предположить, что происходит (например, 5 лет: ребенок не слушается, не может ужитья в детском коллективе, плохо разговаривает, можно предположить ЗПР, нарушения в эмоционально аффективной сфере, речевые

нарушения).

Для выбора методики всегда опираемся на возраст, на его образовательный маршрут, социальный статус тоже важен (мог бродяжничать, не учился. Можно дать то, что будет ему доступно на первых этапах, чаще методики невербального характера). Если ребенок не обучался нигде, лучше давать невербальные методики / уходит напряжение из ситуации.

Если приводят ребенка, необходимо узнавать: как спит, как ест о структуре что было на ранних этапах, срыгивал ли – это расскажет о структуре личности мамы о ребенке (оцениваем в совокупности в эксперименте. У ребенка в 5 лет полностью сформирована родная речь, он различает звуки родного языка, он правильно произносит все звуки, вся структура родного языка грамматически сформирована. Если сильно шипилявит, недостаточен словарный запас. На внимание можно дать корректурную пробу с 4 х лет, если ошибок много в 6 лет нужно смотреть отчего. Желательно сходить на ПМПК, к психиатру)

Методики диагностики патопсихологического синдрома в детском возрасте определяются возрастом ребенка, его психическим и физическим статусом и другими факторами. Между тем можно выделить общие патопсихологические параметры деятельности, которые необходимо анализировать, независимо от того, какая батарея методик используется специалистом-патопсихологом. Для удобства в дополнение к специализированным методикам диагностики психических функций нами предлагается использовать схему наблюдения за указанными четырьмя компонентами патопсихологического синдрома.

Правила подбора патопсихологических методик

Выбор методик исследования определяется поставленной целью и задачами. Исходим от цели и задач, которые мы себе поставили (если это личность ребенка, в 3 года ее посмотреть не можем, но можем посмотреть эффективную эмоциональную сферу, взять методику эмоциональные лица, рисуночный тест, но смотрим на сформированность графических навыков.

Если ребенок постарше можно пользоваться всеми методиками, которые предлагаются: это Люшер, Эмоциональные лица, с 4,5 лет, тест Розенцвейга, но мы всегда строим эксперимент от цели, и все равно смотрим внимание работоспособность мышление память интеллектуальную сферу, иногда не хватает времени и посмотреть все и если ребенку 7-8 лет, то не мешает посмотреть Векслера.

В 4,5-5 лет можно взять тест Равенна, если посмотреть хотим интеллект, посмотреть потенциал ребенка. Те данные, которые мы смотрим при одной методике, мы всегда результаты получаем с помощью других методик, если мы провели на внимание корректурную пробу получили не очень хорошие результаты (работоспособность, избирательность внимания) значит надо дать еще что-то и посмотреть от других методик то же самое или нет, и если это недоучет надо подумать, за счет чего в данной конкретной методике мы получили такой не очень хороший результат, например корректурная проба, это

может связано с нарушением зрительного восприятия, это не всегда связано с вниманием (человек путает фигурки он не видит каких-то существенных деталей у него фрагментарность восприятия, надо досматривать доделывать в этом ключе, по мышлению: если хорошо выполняет исключение предметов невербальный вариант, а вербальный плохо нужно понять это связано что он не понимает, что надо делать или у него маленький словарный запас).

Подбираем близких по направленности методик. Если мы берем методики на память слухоречевую 10 слов на запоминание, а можно фразу «за высоким забор» она смысловая. Если нашей целью является дифференциальная диагностика, то необходимо пользоваться испытанными методиками: если мы подозреваем снижение интеллекта обязательно тест на интеллект, с 8 лет интеллектуальные Кеттелла он удобен (так как невербальный показатель 99 %) можно использовать одну серию (2 тетрадки, 4 серии).

Если подозреваем шизофрению невротические проявления, подбираем методики на личность и патопсихологический эксперимент на мыслительные процессы, если стоит подозрение на умственную отсталость, то ничто не мешает нам использовать обучающий эксперимент.

До начала исследования мы должны знать, между какими заболеваниями идет дифференциальная диагностика, надо знать, чего они там смотрели (между, чем и чем идет дифференцировка между психоорганическим синдромом и задержкой). ПДН понятно пишут – идет поведенческое и задача посмотреть, что там, в семье нарушение, посмотреть в семье и можно ли работать с семьей, нет дифференцировки диагноза.

Если смотрим динамику до и после лечения или после коррекционных занятий подбираем методики, которые обладают и количеством, и качеством показателей исследования тех параметров, которые мы смотрим (если органик, и мы смотрели его в начале по таблице Шульца, то в динамике можно посмотреть по таблице Горбова – несколько усложненный вариант.)

Тест Кеттелла на повтор тетрадку «В» – если нам надо отследить динамику он показывает, и измерит все что надо. Если выявляем степень нарушения в интеллектуальной сфере, ребенок 10 лет не берет вербальные задания: исключение, сравнение, аналогии, то при исследовании интеллектуальной сферы можно предложить методики невербального характера: исключение, простые аналогии, сложные аналогии, берем и даем по возрасту, если не берет ребенок по возрасту, спускаемся ниже.

Схема

С чего всегда надо начинать. Обращать внимание на все: на весь вид деятельности, как зашел, что он сказал, речь его, его особенности поведения, жестов мимики понимания инструкций, обратить внимание на родителей на их внешность, словарный запас.

Работоспособность (гипостеничный-истощаемый утомляемый, гиперстеничный подвижный, но истощаемый, утомляемый, колебания работоспособности (10 мин включен, 10 мин нет) присыщаемость (у умственно отсталых присыщаемость высокая) ребенок с истинной истощаемостью будет

работать, но его возможности ограничены, будут нарастать ошибки, прикладываться, зевать будет).

Внимание (объем, концентрация, переключение распределение, если школьник, то таблица Шульте достаточно с 8 лет, в 7 лет Венгерская корректурная проба Пьерона Рузера (с 4 лет). Дошколятам мы даем картинки, флажки, елочки домики (с 3-х лет), то, что Горбов предлагает, Немов.

Память (прочное запоминание, слухоречевая, зрительная, кратковременная, долговременная. Если органик, то дать слухоречевую память. Если 3-4 года сначала зрительную, потом слухоречевую, например, можно дать любую инструкцию, если он выполняет, то это хороший показатель – бытовая память хорошая на предметную деятельность)

Процесс восприятия (зрительное, слуховое, тактильное. Если ребенок органик, травматик, речевик, то процесс восприятия необходимо изучать)

Интеллект – уровень интеллектуального развития (тест Векслера, Кеттелла, Равенна. Отдельно смотрим процесс мышления. Мышление включен в процесс интеллекта, но не те показатели дает, интеллект понятие собирательное, тут мы смотрим специфический феномен мышление, то, что характерно для органика оно не характерно для шизофреника, то, что характерно для аутичного ребенка не характерно для невротика. Можем смотреть нарушения мыслительной деятельности. Мышление смотреть с 12 лет, так как аналитико-синтетические функции зрелые. Мы смотрим мышление, обязательно смотрим, как оно нарушено.

Речь: особенность в структуре личности, посмотреть какой уровень обучаемости у ребенка, какой образовательный маршрут, что за родители, что за семья, смотрим сохранность и развитие смысловой стороны и содержательной структуры речи, те нарушения фонематических, фонетических дефектов речи, например, заикание, недостаточность чтения и письма у школьников. Дисграфию смотрим после 1-го класса, до этого группа риска.

Эмоционально-личностный фон: какой фон ребенка эмоциональный: пониженный, повышенный, ровный, страхи, тревожность, существование внутриличностных конфликтов и компенсации, за которыми они стоят.

Вывод: отмечаем, есть ли нарушения в психической деятельности, или они связаны с микро или макросоциальной ситуации развития. Если выявили некоторое нарушения, то смотрим, какой тип нарушения преобладают в данном случае, какие механизмы привели к формированию в данном случае. При заключении записываем жалобу, запрос родителей из монистических сведений известно (со слов мамы, у папы иногда).

Рекомендации: кем и на каком уровне необходима коррекция, чаще работа с родителями, и смотрим чего ребенку надо.

Требования: общение должно быть располагающее, не проявлять агрессию и эмоциональность. В работе с родителями необходимо родителей максимально расположить к себе, так как у ребенка есть всё-таки проблема и наша задача показать, что то, что они делают, не всегда правильно, объяснить, что тут происходит, а что будет, необходимо объяснить родителям, если они ничего не будут делать, будут проблемы.

Чаще родители не готовы к такой информации, умалчивают, закрываются, ищут третье лицо, в любом случае за родительским поведением что-то стоит, можно предложить им поработать по устраиванию воспитательного процесса, формированию границ у ребенка, если они скажут, что не готовы ходить на занятия то еще раз нужно объяснить, что будут проблемы в школе, во взаимоотношениях со сверстниками, и если они не хотят, тогда это будет их проблема, следовательно проблема юридического характера.

Обследование проводится строго индивидуально (в целях оптимизации родители могут заполнять анкету).

Патопсихологическое обследование детей проводится в форме обучающегося эксперимента. Во время анализа полученных результатов нужно указать, какой вид помощи, и в какой мере была оказана ребенку и насколько она помогла ему справиться с заданием.

Ведение протокола – это особенная часть, описываем ребенка, то есть его портрет. Если на первых этапах нет быстрой техники записывания фиксации результатов, можно завести карту – схему, например,:

- 1) оценка внешнего вида ребенка;
- 2) общий фон настроения ребенка до начала эксперимента, и в процессе выполнения заданий (поведение, чувство, дистанция);
- 3) энергичность, точность и целесообразность движения (моторная неловок, сидит ногами болтает или не может спокойно сидеть; осанка);
- 4) отношение ребенка к эксперименту (проявляется в степени его заинтересованности; при анализе учитываются результаты наблюдения. Отмечаем отношения ребенка к эксперименту, заинтересован, не заинтересован, может на одном задании проявить негативизм, протест, не слышит инструкцию до конца.
- 5) наблюдение за различными аспектами словесных проявлений ребенка дает возможность характеризовать его речь; отмечаем все словесные проявления, какой словарный запас, понимает, не понимает инструкцию, может быть низкий кругозор, ограничен бытовым окружением (некоторые слова, предметы уходят из общения, но не значит, что человек не знает);
- 6) отмечается, как испытуемый строит свои отношения с психологом (может быть панибратство, отношение ребенка на психолога, как выстраивается контакт, соблюдается ли субординация. Соблюдается субординация с 2,5-3х лет);
- 7) фиксируется реакция на неуспешность (может мотивация на неуспешность, избегание неудач, все это отражает структуру личности, также это показывает на взаимоотношения с родителями);
- 8) отмечаются невротические состояния (покачивание, тербит волосы, покашливание).

Подготовка экспериментального исследования

Подготовка экспериментального исследования включает в себя постановку цели исследования, определения конкретных задач, подборки адекватного методического инструментария (8-9 методик не больше), также

выработки рабочей гипотезы о возможном характере нарушения психической деятельности больного.

Постановка цели обследования, выбора методик, построение исследования, те, кто в больнице находится, цель исследования ставит врач, если работаем в образовании – это педагог и родитель, в реабилитационном центре цель обычно ставит, в общем, запрос родителей. Отталкиваясь от цели, вырабатываем задачи, что мы будем исследовать, если привели ребенка посмотреть личностные особенности, знакомимся с анамнезом, подбираем методики на личностные особенности, обязателен подбор адекватного материала (по патопсихологии методик более сорока) подбираем адекватных 8-9 методик, которые отвечать будут адекватно тем задачам, которые мы выдвинули.

Вырабатываем рабочую гипотезу, что мы предполагаем, например, может быть нарушена деятельность больного, может быть нарушено мышление (врачи обычно не пишут конкретно шизофрения, обычно пишут мышление) мы предполагаем, например, на шизофрению или аутизм. Мы предполагаем искаженное развитие, выстраиваем исследование-эксперимент таким образом, чтобы сказать есть ли там искажение или нет.

Например, если в школах, то там идет запрос от учителя не слушается, плохо ведет себя, понятно, там есть подозрение на органические проявления. От педагогов и людей идет описательный характер поведения (сидит и слушает, перестает слушать забывает). Обследование должно быть построено так, чтобы понять, есть ли проблемы с истощаемостью, утомляемостью.

3.2. Диагностика компонента патопсихологического синдрома

1. Диагностика организационного компонента патопсихологического синдрома.

Данный компонент синдрома (психической деятельности) отражает способность ребенка к саморегуляции. В частности, речь идет о возможностях ребенка планировать свою деятельность, следовать этому плану и сличать полученный результат с поставленной целью.

Пример схемы наблюдения за организационным компонентом патопсихологического синдрома в детском возрасте.

1. Характер действий на вопросы (инструкции):

- эмоциональная неустойчивость, гипервозбудимость или заторможенность;
- ребенок часто отвечает на вопросы (начинает выполнять задание), не выслушивая их до конца;
- ребенок начинает отвечать (действовать) после вопроса (выдачи инструкции).

1. Характер предварительной ориентировки:

- ребенок не думает перед тем, как действовать (не планирует шагов для выполнения цели);
- ребенок чрезмерно тщательно планирует весь ход выполнения

задания;

- использует предварительную зрительную, тактильную или другую ориентировку, продумывает шаги выполнения задания.

2. Характер действия во время выполнения задания:

- ребенок действует непоследовательно при выполнении задания;
- ребенок слишком тщательно (педантично) выполняет этапы задания;

задания;

• ребенок действует в соответствии с планом, но при необходимости может его корректировать.

3. Характер движений во время выполнения задания:

- ребенок совершает множество лишних движений;
- движения ребенка соответствуют ходу задачи.

4. Наличие ошибок из-за невнимательности:

• ребенок совершает множество ошибок по невнимательности (при акцентировании внимания на ошибке последняя исправляется ребенком);

- ошибки по невнимательности отсутствуют.

5. Помехоустойчивость:

- ребенок отвлекается на посторонние стимулы;
- ребенок (чрезмерно) сосредоточен на выполняемом задании.

6. Способность доделать задание до конца (зависит также от мотивации ребенка):

- ребенок испытывает трудности доделать задание до конца;
- ребенок доделывает задание до конца.

7. Способность к сличению результата с заданной целью:

• ребенок испытывает трудности сличения своего результата с заданной целью (не может оценить верность выполнения задания);

- верно сличает полученный результат с поставленной целью.

8. Результативность выполнения задания:

• результат работы ребенка не согласуются с поставленной задачей-инструкцией;

• результат работы ребенка частично согласуются с поставленной задачей-инструкцией⁴

• результат работы ребенка полностью согласуются с поставленной задачей-инструкцией.

При необходимости более глубокого исследования регуляторных функций, например, в случае предположения, что этот компонент синдрома нарушен первично, рекомендуется также квалифицировать характеристики внимания. Это объясняется тем, что в общепсихологической методологии внимание как психический процесс традиционно относится одновременно и к познавательным, и к регуляторным процессам. Помимо методик, направленных непосредственно на диагностику этой функции (например, корректурных проб, сравнения похожих изображений), для исследования особенностей внимания также необходимо использовать метод направленного наблюдения. В ряде случаев такой способ является единственно возможным, например, когда ребенок не усваивает смысл задания, направленного на диагностику внимания,

или не может его выполнить полноценно. Так, некоторые дети с нарушенным интеллектом испытывают трудности понимания смысла корректурных проб, инструкции сравнения похожих изображений и т.д. или не могут выполнить задание из-за нарушений моторики.

Пример схемы наблюдения за характеристиками внимания.

1. Устойчивость, избирательность внимания:
 - ребенок не способен следовать инструкции в течение всего задания из-за отвлекаемости на другие стимулы;
 - ребенок периодически отвлекается на другие стимулы, но потом возвращается к заданию;
 - ребенок следует инструкции в течение всего задания.
2. Объем и концентрация внимания:
 - ребенок упускает некоторые детали из виду и совершает случайные ошибки из-за несосредоточенности;
 - ребенок сосредоточенно следит за всеми деталями задания (игры).
3. Переключаемость внимания:
 - ребенок «застревает» на задании (инструкции) и не может перейти к другому;
 - переходит от одного задания к другому, не доделав предыдущее до конца;
 - переходит от одного задания (выполнения инструкции) к другому по требованию экспериментатора.
4. Распределение внимания:
 - ребенок испытывает сложности выполнить одновременно несколько действий, не позволяющих быстро переключать внимание с одного на другое;
 - ребенок выполняет одновременно несколько действий, не позволяющих быстро переключать внимание с одного на другое.

В процессе диагностики организационного компонента патопсихологического синдрома также следует квалифицировать особенности критичности ребенка. Под критичностью понимается одно из свойств нормальной психической деятельности, способность осознавать свои ошибки, умение оценивать свои мысли, взвешивать доводы за и против выдвигающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке. По Б.В. Зейгарник (1986), критичность состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с условиями реальности. Некритичность мышления в ситуации патопсихологического эксперимента характеризуется утратой контроля над интеллектуальными процессами.

При этом следует помнить, что полностью критичность формируется лишь к взрослому возрасту. Поэтому у детей следует говорить лишь о предпосылках к формированию критичности.

Примеры психологических критериев оценки критичности в детском возрасте.

1. Регуляторный компонент критичности.
 - 1.1. Возможность планировать свою деятельность:

- у ребенка наблюдаются хаотичные действия (нецеленаправленные пробы);
- ребенок использует метод практической ориентировки (метод проб и ошибок);
- использует метод зрительной ориентировки и/или «внутреннюю» ориентировку (интериоризированную).

1.2. Следование (удержание) инструкции:

- ребенок не следует инструкции в течение всего задания;
- эпизодически следует инструкции;
- инструкция теряется;
- самоконтроль присутствует только в отношении части инструкции;
- следует инструкции в течение всего задания.

2. Когнитивный компонент критичности (характеризует также особенности операционального компонента синдрома).

2.1. Способность выделить ошибки (противоречия, несуразности):

- ребенок не выделяет ошибки;
- ребенок выделяет ошибки при помощи экспериментатора;
- ребенок выделяет ошибки самостоятельно;

2.2. Способ категоризации ошибок:

- ребенок неправильно констатирует и (или) объясняет смысл ошибки (несуразности);
- ребенок просто констатирует ошибки (несуразности);
- ребенок делает попытки обосновать свой ответ (объясняет причины ошибки).

2.3. Оценка своего конечного результата:

- ребенок неправильно оценивает свой результат (свои успехи и неудачи);
- ребенок оценивает свой результат (свои успехи и неудачи) после помощи экспериментатора;
- ребенок правильно оценивает свой результат (свои успехи и неудачи) самостоятельно.

3. Эмоциональный компонент критичности (характеризует также особенности эмоционально-мотивационного компонента синдрома).

3.1. Эмоциональная реакция на замечания при ошибках ребенка:

- у ребенка отсутствуют эмоциональные реакции на замечание;
- у ребенка отмечается эмоциональный уход от выполнения задания;
- у ребенка наблюдаются ярко выраженные негативные реакции;
- после замечания эмоциональный фон в целом не изменяется.

3.2. Эмоциональная реакция на неудачи (в случае, если ребенок замечает свою ошибку):

- у ребенка отсутствуют эмоциональные реакции на неудачи;
- у ребенка наблюдается эмоциональный уход от выполнения задания (после неудачи раздражается, замыкается и т.п.);
- у ребенка отмечаются ярко выраженные негативные эмоции;
- после неудачи эмоциональный фон в целом не изменяется.

3.3. Эмоциональная реакция на одобрение:

- у ребенка отсутствуют эмоциональные реакции на одобрение;
- у ребенка выражена неадекватность реагирования (например, негативные эмоции или чрезмерно интенсивные положительные аффективные вспышки);
- у ребенка появляются положительные эмоциональные реакции.

3.4. Эмоциональная реакция на конечный результат:

- у ребенка отсутствуют эмоциональные реакции на конечный результат;
- у ребенка выражена неадекватность реагирования (например, чрезмерно интенсивные аффективные вспышки);
- ребенок проявляет положительные эмоции в случае успеха, несколько огорчается при неудаче.

4. Поведенческий компонент критичности (характеризует также особенности поведения ребенка в целом):

4.1. Попытки исправить свою ошибку (в случае, если ребенок заметил ошибку):

- ребенок отказывается исправлять, не стремится исправить ошибку;
- ребенок стремится исправить ошибку, но совершает неадекватные заданию действия;
- ребенок исправляет ошибку, совершает адекватные попытки исправить ошибку.

4.2. Стратегия поведения после замечания:

- у ребенка отсутствует поведенческая реакция на замечание;
- после замечания ребенок отказывается от дальнейших действий;
- после замечания старается исправить ошибку (независимо от результативности).

4.3. Стратегия поведения после одобрения:

- у ребенка отсутствует поведенческая реакция на одобрение;
- поощрение вызывает неадекватные поведенческие реакции (например, ребенок начинает бегать или разбрасывать игрушки);
- поощрение и одобрение улучшают качество выполнения заданий;

4.4. Стратегия выполнения задания и поведения в целом после провокационных высказываний в ситуации верного решения ребенка (по типу «А ты уверен, что все сделал верно? Мне кажется, что ты ошибаешься»):

- ребенок не реагирует на высказывания взрослого;
- ребенок начинает менять тактику выполнения задания, несмотря на первоначально верный способ решения;
- ребенок не меняет своего способа выполнения задания, настаивает

Таким образом, при диагностике организационного (регуляторного) компонента патопсихологического синдрома следует выявлять у ребенка психологические характеристики целенаправленности, внимания и критичности. При этом необходимо квалифицировать, является ли нарушение этого компонента деятельности первичным, или оно возникло как следствие других расстройств психики. Для верификации факта первичности нарушения

саморегуляции рекомендуется при наличии у ребенка той или иной ошибки оказать ему организующую помощь. В случае, если эта помощь оказалась эффективной, и ребенок успешно справился с заданием, можно с большей вероятностью предположить, что регуляторный компонент деятельности у испытуемого не сформировано первично, а проблемы, например, когнитивного плана являются вторичными.

2. Диагностика динамического (процессуального) компонента патопсихологического синдрома.

В этот компонент патопсихологического синдрома включаются процессуальные характеристики психической деятельности, что позволяет оценить, каким образом изменяется темп, уровень психической активности и работоспособность в целом у ребенка на протяжении определенного промежутка времени. Как правило, динамику состояния ребенка отслеживают в ходе выполнения одного задания и всего обследования целиком.

Также, как и при оценке организационного компонента синдрома, помимо специальных методик (например, тех же самых корректурных проб), при работе с детьми особенно удобно применять метод наблюдения. Преимуществом такого подхода является возможность квалифицировать динамику психической активности у ребенка без использования дополнительных специализированных материалов (их число для детей резко ограничено), что снижает энергетические затраты как со стороны ребенка, так и экспериментатора.

Пример схемы наблюдения за динамическим компонентом патопсихологического синдрома в детском возрасте.

1. Характеристика темпа деятельности на протяжении одного задания / на протяжении всего обследования:

- низкий темп деятельности (ребенок заторможен, крайне медлителен, тугоподвижен);
- очень высокий темп деятельности, продуктивность при этом (не) страдает;
- цикличность (неравномерность) темпа деятельности;
- равномерный средний темп деятельности, соответствующий возрастным нормативам.

2. Изменение числа ошибок во время эксперимента на протяжении одного задания / на протяжении всего обследования:

- увеличение числа ошибок к концу задания (обследования);
- уменьшение числа ошибок к концу задания (обследования);
- ошибки появляются неравномерно на протяжении выполнения задания (обследования);
- число ошибок не изменяется.

3. Характеристика умственной работоспособности (способности выполнять задания, требующие длительных и устойчивых усилий) на протяжении одного задания / на протяжении всего обследования:

- уменьшение работоспособности к концу задания (обследования);
- уменьшение работоспособности при выполнении определенных

(этапов) заданий и повышение при выполнении других;

- повышение работоспособности к концу задания (обследования);
- стабильная работоспособность.

Следует помнить о том, что нарушения (отклонения) динамических характеристик деятельности часто свидетельствует об органических поражениях головного мозга. Поэтому при обнаружении выраженных изменений темпа и работоспособности у ребенка следует провести более глубокую нейропсихологическую диагностику и в случае необходимости рекомендовать дополнительное медицинское (в том числе неврологическое) обследование.

Кроме того, динамические нарушения могут «скрываться» за познавательными расстройствами. Специалист может не учесть особенностей работоспособности ребенка и предложить ему более длительное по времени обследование, чем этого требует состояние обследуемого, или проводить эксперимент в вечернее время после школы. В этом случае отклонения в работе познавательных функций могут быть связаны не с первичной их несформированностью, а с истощаемостью ребенка. Поэтому для правильной диагностики этого компонента синдрома нужно, в первую очередь, грамотно спланировать время и длительность проведения обследования.

3. Диагностика операционального компонента патопсихологического синдрома.

При квалификации операционального компонента патопсихологического синдрома оценивается тип операциональной оснащенности. Метафорически можно сказать, что этот компонент деятельности содержит «инструменты», с помощью которых ребенок достигает цели. Классически вслед за Б.В. Зейгарник и другими основателями отечественной патопсихологии в этом компоненте преимущественно принято исследовать особенности мышления (а именно функции обобщения и сравнения). Мы предлагаем более развернутую квалификацию этого компонента. Так, в процессе диагностики здесь рекомендуется выявлять характеристики всех познавательных психических процессов.

Методики диагностики, как и при оценке других компонентов патопсихологического синдрома, определяются в зависимости от факторов возраста и патогномичности.

Основные патопсихологические мишени диагностики операционального компонента деятельности в детском возрасте.

1. Характеристики восприятия:

- объем восприятия – количество воспринимаемого материала;
- целостность восприятия – например, возможность видеть изображение целиком;
- предметный и цветовой гнозис – узнавание знакомых изображений и цветов;
- пространственное восприятие (здесь также оцениваются особенности мышления, в т.ч. способность к синтезу, и пространственный праксис) – например, возможность собрать из частей целое, ориентировка в

пространстве.

2. Характеристики внимания:

- см. п.п. «Диагностика организационного компонента патопсихологического синдрома».

3. Характеристики мышления:

- уровень обобщения (снижение/искажение/соответствие возрасту), например, возможности классифицирования, выделения лишнего предмета среди нескольких на основании существенного признака;

- способность к сравнению – умение находить сходства и различия между объектами;

- понимание причинно-следственных связей (например, способность понять серию сюжетных картинок).

4. Характеристики памяти:

- объем кратковременной памяти и долговременной – способность запоминать материал на короткое и длительное время;

- характеристики смысловой памяти (оценивается совместно с мышлением), в том числе характер опосредованного запоминания (после пяти лет) – способность запоминать материал на логической основе;

- характеристики модально-специфических видов памяти – особенности слуховой, зрительной памяти.

5. Характеристики речи:

- экспрессивные навыки, объем словарного запаса – умение выражать просьбы, обозначать предметы и пр.;

- рецептивные навыки – способность понимать обращенную речь;

- отраженная речь – умение повторять звуки, слова, предложение и пр.;

- смысло-речевая деятельность (оценивается совместно с мышлением) умение выделить главное в высказывании (рассказе и пр.) и возможность передать смысл высказывания (рассказа и пр.);

- навыки чтения, письма (после семи лет).

6. Характеристики моторики:

- конструктивный и пространственный праксис (оценивается совместно с восприятием и мышлением) – например, возможность конструирования из частей целого;

- динамический праксис (в полной мере можно оценивать ближе к школьному возрасту) – например, способность серийной организации движений, скорость движений;

- крупная моторика – особенности ходьбы, бега и пр.

Также основу технологии оценки особенностей познавательной деятельности у ребенка, ставшей классической в отечественной педагогике и детской психологии, составляет предложенная Е.А. Стребелевой и соавт. (2004) методология исследования онтогенеза и разработанное на ее основе инструментальное обеспечение выявления сохранных и нарушенных звеньев психической деятельности. В основе технологии анализа психодиагностических данных лежит их качественная и количественная

оценка. В настоящем пособии предлагается структурированное описание тех сторон познавательной деятельности, которые, на наш взгляд, характеризуют собственно операциональный компонент.

При диагностике операционального компонента патопсихологического синдрома нами предлагается квалифицировать предложенные Е.А. Стребелевой и соавт. (2004) параметры оценки «способы выполнения задания» и «обучаемость». При этом выделенные авторами способы выполнения задания, такие как «хаотичные действия», «метод практической ориентировки» (метод проб и ошибок, метод практического примеривания) и «метод зрительной ориентировки» относятся, на наш взгляд, в большей степени к организационному компоненту деятельности. Описываемые этими авторами параметры оценки «принятие задание» и «отношение к результату своей деятельности», с нашей точки зрения, характеризуют, в первую очередь, эмоционально-мотивационный компонент патопсихологического синдрома.

Примеры качественных параметров оценки операционального компонента патопсихологического синдрома.

1. Понимание инструкции:

- ребенок не понимает инструкцию;
- ребенок понимает инструкцию с повторного предъявления;
- ребенок понимает инструкцию с первого предъявления.

2. Способы выполнения задания:

2.1. Степень самостоятельности выполнения задания:

- ребенок выполняет задание с помощью взрослого и самостоятельно выполняет аналогичное задание после обучения;
- ребенок выполняет задание с помощью взрослого, но самостоятельно выполнить аналогичное задание после обучения не может;
- ребенок самостоятельно выполняет задания.

2.2. Адекватность действий (также характеризует критичность):

- соответствие/несоответствие действий ребенка условиям данного задания, диктуемыми характером материала и требованиями инструкции.

3. Отклик ребенка на помощь и обучаемость.

Оценивается только в пределах тех заданий, которые рекомендуются для детей данного возраста. Оценка перехода ребенка от неадекватных действий к адекватным после обучающего эксперимента является индикатором обучаемости испытуемого, свидетельствующего о сохранности его потенциальных возможностей.

Предложенные качественные параметры анализа можно применять фактически при любом варианте психологического исследования ребенка и с любой батареей методик

4. Диагностика эмоционально-мотивационного компонента патопсихологического синдрома.

Данный компонент психической деятельности включает в себя характеристики эмоциональной и мотивационной сфер. Поскольку эмоции и мотивация тесно взаимосвязаны между собой, мы предлагаем их изучать совместно. Предполагается, что особенности аффективного реагирования и

характер желаний ребенка во время исследования отражают и особенности его эмоционально-мотивационной сферы в целом.

То, какой эмоциональный фон будет у ребенка во время обследования, заинтересует ли он заданием, во многом зависит от того, насколько эффективно установлен первоначальный контакт психолога с ребенком. Например, если ребенок мало знаком со взрослым, впервые находится в кабинете, естественной реакцией у него может быть стеснение, иногда даже испуг (в частности, когда ребенок маленький или не привык отлучаться от матери). Поэтому для достоверной диагностики ребенка перед началом непосредственно обследования необходимо сформировать с ним положительный контакт и познакомить его с обстановкой комнаты.

Для снижения ситуативной тревожности ребенка, связанной с нахождением в новых обстоятельствах, психологу рекомендуется вначале общения объяснить, зачем ребенок пришел сюда и чем он будет здесь заниматься. Характер беседы зависит от возраста и психического статуса ребенка. В дошкольном возрасте психолог может сказать, что ребенок находится здесь, чтобы поиграть в новые интересные игры. Ребенку-школьнику можно уже создавать мотивацию учения, поскольку он уже привык обучаться в школе. В этом случае можно сообщить, что вы будете заниматься, почти как в школе, но оценок за это не ставится (последний момент важно отразить, чтобы предотвратить возникновение напряженности ребенка из-за страха быть неуспешным). Таким образом, формируя у испытуемого мотивацию на занятие с психологом, последний ориентируется на ведущий вид деятельности ребенка.

Учет того, какая деятельность является первостепенной в конкретном возрасте, необходим и при планировании самого хода занятия. Так, с дошкольниками, у которых основной формой познания действительности является игра, психодиагностическое обследование требуется проводить именно в игровой форме. В свою очередь, у школьников с ведущей учебной деятельностью, можно постепенно отходить от игровых приемов (хотя в младшем школьном возрасте все же игровая форма иногда является предпочтительной и более интересной для детей). У детей с отклоняющимся развитием ведущая деятельность может не соответствовать их паспортному возрасту. Поэтому перед тем, как начинать обследование, необходимо первоначально определить, какая деятельность является у такого ребенка главной. Таким образом, организация исследования в русле ведущего типа деятельности позволяет создать у испытуемого рабочую мотивацию и снизить ситуативную тревожность.

Немаловажным условием для объективной регистрации показателей эмоционально-мотивационной сферы является правильный выбор стимульного материала. Так, при работе с детьми рекомендуется, чтобы такой материал был знаком для ребенка. Это связано с тем, что неизвестное часто вызывает у детей с отклоняющимся развитием чувство тревоги, страха оказаться неуспешным, либо приводит к потере интереса к заданию (многие дети с нарушениями любят заниматься только теми заданиями, которые они хорошо знают, поскольку познавательный интерес у них значительно снижен).

Кроме того, незнакомый материал может обуславливать у ребенка когнитивные трудности (например, если ребенок не знает, что такое чернильница, он не сможет ее отнести к канцелярским принадлежностям). В этом случае можно ошибочно у него квалифицировать несформированность операционального компонента деятельности.

Кроме этого, стимульный материал должен привлекать внимание ребенка и вызывать желание с ним позаниматься. Это достигается, в первую очередь, за счет цветового решения. Так, для детей рекомендуется использовать разноцветные и яркие материалы. Также помогает заинтересовать ребенка использование разного по качеству инструментария (картинки, конструкторы, игрушки с раной текстурой и пр.). Но при выборе разнообразных стимулов психолог должен обязательно помнить и об ограничениях. Так, для детей очень маленького возраста или сильно отвлекаемых одновременно большое число разных материалов будет вызывать быстрое утомление, и провоцировать повышенную отвлекаемость. Также особо тщательно требуется подбирать материал и для детей с некоторыми органическими поражениями мозга. Например, для ребенка с эпилепсией противопоказаны различные мигающие яркие стимулы, поскольку они могут спровоцировать эпилептический приступ.

Помимо специальных методик диагностики мотивационной и эмоциональной сфер (они выбираются в зависимости от задачи и гипотез исследования), рекомендуется также применять метод наблюдения, который может в ряде случаев оказаться крайне информативен. Особенно он актуален при работе с неговорящими детьми, детьми с аутизмом и нарушениями интеллекта. При таких расстройствах использование стандартных методик диагностики эмоционально-личностной сферы (например, применение распространенных проективных методов) является крайне затруднительным, а порой и недоступным.

Пример схемы наблюдения за мотивацией ребенка во время обследования.

1. Заинтересованность в задании (обследовании в целом):

- ребенок не заинтересован заданиями / обследованием в целом;
- интерес к деятельности непостоянный;
- ребенок заинтересован заданием / обследованием в целом;
- «Застреваемость» в мотивации (ребенок не может отвлечься от

одного задания и перейти к другому).

2. Мотивация к познанию:

- ребенок заинтересован только в знакомых заданиях;
- ребенок заинтересован только в незнакомых заданиях;
- ребенку интересны разнообразные задания.

3. Мотивация обучения и вступления в контакт со взрослым:

- ребенок не стремится к контакту со взрослым, не желает принимать

помощь экспериментатора;

• ребенок с удовольствием общается со взрослым и принимает помощь экспериментатора (вне зависимости от ее эффективности).

4. Мотивация достижения результата

- ребенок не заинтересован в конечном результате;
- ребенок стремится выполнить правильно задание, достичь положительного результата.
- список потенциальных подкрепителей для ребенка.

Необходимо определить, какие стимулы (физические, вербальные и пр.) могут стимулировать ребенка на занятия. Этот параметр особо важен для дальнейшего планирования коррекционной работы с ребенком.

При диагностике эмоционального статуса ребенка необходимо оценивать, кроме самого качества эмоций, и их адекватность ситуации (степень выраженности). Также следует обращать внимание, на каких этапах обследования у ребенка возникают те или иные эмоции.

Следует особо обратить внимание на то, что при квалификации структуры дефекта необходимо четко дифференцировать патопсихологические нарушения у ребенка относительно параметра «первичность – вторичность». Так, например, у ребенка с недиагностированной еще гиперактивностью и дефицитом внимания (при парциальном недоразвитии преимущественно регуляторного компонента деятельности) можно выявить отклонения в операциональном, регуляторном и динамическом компонентах. При этом ошибочно можно квалифицировать нарушения познавательных функций как первичные расстройства и впоследствии строить коррекционный процесс, направленный преимущественно на улучшение когнитивных процессов. В действительности при этом варианте отклоняющегося развития первичным нарушением является дефицитарность регуляторно-динамического звена, и коррекционные мероприятия должны быть направлены, в первую очередь, на улучшение саморегуляции и работоспособности у ребенка.

Важно также отметить, что данный синдромальный подход возможно в полной мере применять при работе с детьми дошкольного и более старшего возраста. При этом следует учитывать возрастные особенности каждого этапа развития. Так, например, в возрасте трех лет у ребенка операциональный компонент деятельности будет иметь структуру, отличную от структуры этого компонента у пятилетнего ребенка. В том же трехлетнем возрасте достаточно проблематично всесторонне оценивать регуляторный компонент психической деятельности, поскольку нормативно относительная способность к саморегуляции у ребенка появляется ближе к школьному возрасту. Между тем, в трехлетнем возрасте можно выявить предпосылки для развития этого компонента. Другим примером является возможность оценить динамические характеристики деятельности в разном возрасте. Так, критерии длительности и устойчивости усилий ребенка должны определяться его возрастом – в трехлетнем возрасте ребенок в состоянии работать на протяжении максимум 10-ти минут, в то время как у пятилетнего ребенка это время увеличивается до 15-20 минут. Следовательно, для грамотной квалификации патопсихологического синдрома в детском возрасте следует четко представлять возрастные нормативы развития.

Итак, квалификация патопсихологического синдрома лежит в основе вынесения психологического диагноза, который формулируется в виде заключения – предпосылки для возможного соотнесения выявленных

психических нарушений с тем или иным психическим заболеванием и (или) для определения того или иного варианта отклоняющегося развития.

Промежуточный тест к разделу № 3

1. Патопсихологический подход к анализу психических расстройств в нашей стране был разработан:

1) в 70-80-х гг. XX века

2) в 50-60-х гг. XX века

3) в 70-80-х гг. XXI века

4) в 50-60-х гг. XXI века

2. Патопсихологический синдром отражает компоненты психической деятельности:

1) организационный

2) динамический (процессуальный)

3) операциональный

4) всё вышперечисленное

3. В какой из форм может осуществляться диагностика отклоняющегося развития:

1) психологическая

2) филологическая

3) скрининговая

4) диагностическая

4. При подборе методик необходимо изучить:

1) анамнез

2) эпикриз

3) социальную карту сопровождения

4) заключение главврача

5. Патопсихологическое обследование детей проводится в форме:

1) анкетирования

2) обучающегося эксперимента

3) полевого исследования

4) беседы

6. Диагностика организационного компонента патопсихологического синдрома:

1) отражает способность ребенка к саморазвитию

2) отражает способность ребенка к самоопределению

3) отражает способность ребенка к саморегуляции

4) отражает способность ребенка к самораскрытию

7. Схема наблюдения за мотивацией ребенка во время обследования:

1) ребенок не заинтересован заданиями / обследованием в целом

2) интерес к деятельности непостоянный

3) ребенок заинтересован заданием / обследованием в целом

4) всё вышперечисленное

8) В процессе диагностики организационного компонента

патопсихологического синдрома также следует квалифицировать

- 1) текущее состояние ребенка
- 2) эмоциональный фон ребенка
- 3) особенности критичности ребенка**
- 4) психическое состояние ребенка

9. При квалификации операционального компонента патопсихологического синдрома оценивается:

- 1) тип объем памяти
- 2) способность находить различия между объектами
- 3) тип операциональной оснащённости**
- 4) способность находить сходства между объектами

10. Квалификация патопсихологического синдрома лежит в основе:

- 1) вынесения психокоррекционного диагноза
- 2) вынесения психического заключение
- 3) вынесения социально-психологического заключения
- 4) вынесения психологического диагноза**

11. Помимо специальных методик диагностики мотивационной и эмоциональной сфер (они выбираются в зависимости от задачи и гипотез исследования), рекомендуется также применять метод:

- 1) беседа
- 2) анкетирование
- 3) интервью
- 4) наблюдения**

12. Раннее выявление нарушения в развитии:

- 1) позволяет предупредить появление других нарушений**
- 2) обеспечивает психологическую готовность ребёнка к обучению в школе
- 3) своей целью имеет профилактику вторичных отклонений
- 4) обеспечивает эмоциональную стабильность ребёнка

13. При помощи какой методики можно исследовать интеллект:

- 1) тест Равенна**
- 2) тест Люшера
- 3) таблиц Шульте
- 4) всё вышеперечисленное

14. Внимание можно исследовать при помощи:

- 1) тест Равенна
- 2) тест Люшера
- 3) тест Леонгарда
- 4) таблиц Шульте**

15. Сколько времени должно проходить исследование с ребенком 5 летнего возраста:

- 1) 15-20 минут**
- 2) 5-10 минут
- 3) 25 минут
- 4) 25-30 минут

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Назовите основные причины к возникновению нарушений в развитии.
2. Охарактеризуйте предрасполагающие условия к возникновению подобных расстройств.
3. Покажите роль негативных факторов, связанных с условиями жизни, в формировании нарушений.
4. Какие неблагоприятные средовые факторы отмечаются в вашем регионе?
5. Покажите роль социальных факторов в возникновении психических нарушений.
6. Какие проблемы семейного воспитания наблюдаются в семьях с такими детьми?
7. Дайте психологическую характеристику родителям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии.
8. По каким направлениям могут развиваться семьи, имеющие детей с проблемами в развитии?

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение умственной отсталости.
2. Охарактеризуйте степени умственной отсталости.
3. Приведите классификации умственной отсталости.
4. Назовите основные причины и предрасполагающие условия к возникновению умственной отсталости.
5. С какими состояниями и заболеваниями необходимо дифференцировать умственную отсталость?
6. Опишите психолого-педагогические особенности детей с олигофренией с учетом возраста.
7. В чем заключается своеобразие характера и поведения детей с умственной отсталостью?
8. Охарактеризуйте систему специализированной помощи лицам с умственной отсталостью в нашей стране

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение понятия «задержка психического развития».
2. Назовите основные причины и предрасполагающие условия к возникновению ЗПР.
3. В чем состоит принципиальное отличие ребенка с ЗПР от умственно отсталого ребенка?
4. Опишите психолого-педагогические особенности детей с ЗПР с учетом возраста.
5. Приведите классификации ЗПР.
6. Охарактеризуйте различные степени умственной отсталости.
7. Опишите известные вам методы диагностики и коррекции

межличностных отношений детей с ЗПР с различными представителями социума (семья, сверстники, педагоги и т.д.).

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите основные причины и предрасполагающие условия к возникновению речевых нарушений.
2. Раскройте взаимосвязь речи с другими сторонами психической деятельности.
3. Как подразделяется заикание по этиологическому признаку?
4. Дайте определение общего недоразвития речи.
5. В чем состоит взаимосвязь между недоразвитием устной речи и нарушениями письма и чтения?
6. В каких типах учреждений получают помощь дети с логопатологией?

НАРУШЕНИЯ СЛУХА

Контрольные вопросы и задания

1. Какова роль слуха в формировании личности ребенка?
2. Какие причины вызывают отсутствие или снижение слуха?
3. Что такое глухота и тугоухость?
4. Каких детей принято относить к слабослышащим?
5. Назовите методы диагностики нарушений слуха у детей.
6. Какие нарушения речи наиболее характерны для слабослышащих детей?
7. Расскажите о степенях снижения слуха.
8. Охарактеризуйте основные проблемы и факторы успешной интеграции лиц с нарушенной слуховой функцией в общее социокультурное пространство.

НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ

Контрольные вопросы и задания

1. Какова роль зрения в формировании личности ребенка?
2. Какие причины вызывают отсутствие или снижение зрения?
3. Что такое слепота и слабовидение?
4. Назовите методы диагностики нарушений зрения у детей.
5. В чем состоит своеобразие в развитии высших психических функций при нарушениях зрительной функции?
6. Охарактеризуйте основные тенденции в психическом развитии детей с нарушениями зрительной функции.
7. Охарактеризуйте основные проблемы интеграции лиц с нарушениями зрения.

НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое детский церебральный паралич?
2. Раскройте причины нарушений опорно-двигательного аппарата у детей.
3. Как происходит развитие детей с ДЦП?

4. В чем проявляется общность двигательных и речевых расстройств при ДЦП?

5. Опишите основные тенденции личностного и социального развития личности при ДЦП, проблемы и возможности интеграции в социо- культурное пространство.

РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение понятия «аутизм».
2. Назовите причины РДА.
3. Охарактеризуйте основные клинические симптомы РДА.
4. В чем заключается своеобразие характера и поведения детей с РДА?
5. В чем состоит принципиальное отличие ребенка с РДА от умственно отсталого ребенка?
6. Приведите классификацию РДА.
7. Каковы возможности адаптации для детей и подростков с аутизмом?
8. В каких типах учреждений получают помощь дети с РДА?
9. Дайте общую характеристику основных подходов к коррекции РДА.

Контрольная работа

1. Ответить письменно на следующие контрольные вопросы:

- 1) Кто и когда ввел в научный оборот понятие «отклоняющегося развития»?
- 2) Какие есть ключевые критерии условно-нормативного развития, раскройте их подробнее?
- 3) Опишите с примерами исторические системно-эмпирические психологические классификации психического дизонтогенеза?
- 4) В чем особенности нарушенного онтогенетического развития?
- 5) Что такое парциальное недоразвитие отдельных компонентов психической деятельности?

2. Напишите реферативное сообщение по одной из ниже приведенных тем либо выполните одно из аналитических заданий (на выбор студента).

Темы:

- 1) Покажите роль социальных факторов в возникновении психических нарушений.
- 2) Психологические особенности детей с интеллектуальной недостаточностью.
- 3) Психологические особенности и сопровождение аутичного ребенка.
- 4) Дайте психологическую характеристику родителям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии.
- 5) Патопсихологическая синдромальная диагностика отклоняющегося развития.

Задание: просмотреть видеофрагмент «Кастрюлька Анатоля». Написать мини-эссе на 1-2 страницы в свободной форме.

Ссылка: <https://www.youtube.com/watch?v=objjK5oO9-Y>

Основная литература, периодические издания и Интернет-ресурсы для подготовки контрольной работы.

Основная литература:

Учебники:

1. Антипова Ж.В. Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики. – М.: Московский психолого-социальный университет (МПСУ), 2016. – 681 с.
2. Лемех Е.А. Основы специальной психологии. – Мн: РИПО, 2017. – 218 с.
3. Типология отклоняющегося поведения. Недостаточное развитие / Семаго Н.Я., Чиркова О.Ю., – 2-е изд. – М.:Генезис, 2016. – 290 с.
4. Шипицына Л.М. Специальная психология: учебник для академического бакалавриата. – М.: Юрайт, 2017. – 288 с.

Периодические издания:

- 1.«Актуальные проблемы психологического знания. Теоретические и практические проблемы психологии: научно-практический журнал».
- 2.«Общественные науки и современность».
3. «Социально-гуманитарные знания: журнал».
4. «Вестник Московского университета. Серия 14, Психология: научный журнал / учредитель: Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, факультет Психологии МГУ».

Интернет-ресурсы:

1. Российская сеть информационного общества: психология <http://www.isn.ru>.
2. Виртуальная психологическая библиотека российских и зарубежных ссылок <http://forum.myword.ru/index.php?/files/>. Содержит наиболее значимые психологические ссылки в Рунете. Основные разделы: Клиническая (медицинская), специальная психология и психиатрия; Направления терапии; Общая психология; Педагогика; Психология развития.
3. Наука. Интернет. Россия. <http://www.nir.ru> Тематический раздел Психология включает описания наиболее известных и часто используемых российских сайтов и Web- страниц.
4. Портал психологических изданий <http://psyjournals.ru/> На портале размещены полнотекстовые электронные версии более чем 95 научных периодических изданий с полной архивной коллекцией статей за более чем 20 лет.
5. Научная электронная библиотека КиберЛенинка, построенная на парадигме открытой науки (Open Science) <https://cyberleninka.ru/>. Тематический раздел Психология, педагогика и социальная работа включает научные статьи и научные журналы.

Требования по оформлению контрольной работы

1. Общие требования

Контрольная работа выполняется в электронном виде на компьютере и отправляется на электронный адрес преподавателя не позднее, чем за 14 дней до начала сессии.

Рекомендуемый объем контрольной работы 10-15 страниц.

При оформлении работы на компьютере используются следующие параметры: шрифт – 14, межстрочный интервал – одинарный, абзацный отступ – 1,25 мм., поля: левое – 30 мм, правое – 20мм, верхнее – 20мм, нижнее – 20мм.

Расстояние между заголовками и последующим текстом должно быть два интервала.

Название заданий располагаются в середине строки без точки в конце и печатаются прописными буквами, выделяются полужирным шрифтом. Заголовки содержания должны точно повторять заголовки в тексте.

Страницы работы нумеруются арабскими цифрами. Первой страницей является титульный лист, второй содержание, но на них не ставится нумерация. Номер страницы начинают проставлять с третьей страницы «Введение». Нумерация страниц должна быть сквозной и проставляться в правом верхнем углу.

Каждый раздел следует начинать с новой страницы.

2. Образец оформления содержания контрольной работы

Содержание

1. Контрольные вопросы	2
1.1	3
1.2	4
1.3	5
1.4	6
1.5	7
2. Реферативное сообщение на тему:	8
3. Задание.	9
Список использованной литературы	10

3. Библиографические ссылки

Библиографические ссылки в виде подстрочных и застрочных примечаний оформляются в соответствии с ГОСТ 7.0.5-2008.

Описание печатных источников оформляется согласно – ГОСТ 7.1-2003 (см. материал ГОСТ 7.1-2003).

Описание электронных носителей ГОСТ 7.82-2001 (см. материал ГОСТ 7.1-2003).

Оформление иллюстраций в контрольной работе.

Иллюстрации (чертежи, графики, схемы, диаграммы) следует располагать непосредственно после текста, в котором они упоминаются. На все иллюстрации должна быть информация в тексте. Иллюстрации обозначают словом Рис.1 и нумеруются арабскими цифрами. Номер и наименование помещаются ниже иллюстрации.

Список располагается в алфавитном порядке.

Количество используемых источников должно быть не менее 15 наименований.

ИТОГОВЫЙ ТЕСТ

1. Отклоняющееся развитие это:

- 1) развитие является сочетанием стабильных и нестабильных периодов развития
- 2) изменения психики в процессе развития происходят не случайным образом
- 3) *это любое отклонение отдельной функции или системы психических функций от «программы развития» вне зависимости от знака этого изменения «+» или «-» (опережение или запаздывание).*
- 4) невозможность вернуться на предыдущую стадию психического развития.

2. Содержательная сторона понятия «отклоняющееся развитие» имеет исключительно:

- 1) *психологическое наполнение*
- 2) психокоррекционное наполнение
- 3) психолого-социальное наполнение
- 4) эмоциональное наполнение

3. Термин «дизонтогенез» впервые употребил в 1927 г.:

- 1) Фрейд
- 2) В.М. Сорокин
- 3) В.В. Лебединский
- 4) *Швальбе*

4. В.В. Лебединский, под феноменом «дизонтогенеза» подразумевал:

- 1) необходимость квалификации того или иного психического расстройства сквозь призму синдромального подхода
- 2) *различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, период, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма ещё не достигли зрелости*
- 3) относительно устойчивую, внутренне связанную совокупность отдельных симптомов
- 4) одну из важных проблем возрастной психологии и физиологии

5. Варианты психического развития по Ю.В. Микадзе

- 1) нормальное развитие
- 2) патологическое развитие

3) отклоняющее развитие

4) *всё вышеперечисленное*

6. В классификацию отклоняющегося развития В.В. Лебединского входят:

1) асинхрония развития

2) поломка в развитии

3) отставание в развитии

4) *всё вышеперечисленное*

7. Вторая группа отклонений в обеих концепциях характеризуется наличием ... развития:

1) наименее выраженной асинхронии

2) поломкой в развитии

3) отставанием в развитии

4) *наиболее выраженной асинхронии*

8. Нейропсихологический подход к рассмотрению нарушенного развития основан на методологии:

1) А.В. Семенович

2) М.М. Семаго

3) *А.Р. Лурия*

4) Н.Я. Семаго

9. В классификации отклоняющегося развития А.В. Семенович описаны ... основных синдромов:

1) 8

2) 16

3) 12

4) 6

10. характеризуется дефицитом произвольной регуляции психической активности и пространственно-временных представлений, которые отражают состояние регуляторного обеспечения психической активности и ментальных структур, определяющих развитие познавательной деятельности:

1) *Недостаточное развитие*

2) Асинхронное развитие

3) Поврежденное развитие

4) Дефицитарное развитие

11. Выделите вид(ы) недостаточного развития, различающееся(ихся) как по характеру, так и по выраженности нарушений:

1) тотальное недоразвитие

2) парциальное недоразвитие отдельных компонентов психической деятельности

3) задержанное развитие

4) *всё вышеперечисленное*

12. Асинхронное развитие – этот тип получил такое название, поскольку нарушается основной принцип развития:

1) рациональность

2) эмоциональность

3) *синхронность*

4) истеричность

13. В рамках асинхронного типа могут быть выделен следующий вид развития:

1) *одаренность*

2) индивидуальность

3) инертность

4) аффективность

14. Дисгармоничное развитие характеризуется спецификой формирования аффективной организации по типу ... дисфункции при сохранности общей структуры и иерархии системы аффективной организации в целом:

1) *уровневой*

2) многоуровневой

3) трехуровневой

4) четырехуровневой

15. Вид «одаренность» полностью отвечает основным критериям асинхронного развития:

1) наблюдается способность к перестройке структурных и функциональных ансамблей

2) *наблюдается неравномерность развития отдельных сфер, их выражено ускоренное развитие, поведенческая и/или социоэмоциональная дизадаптация*

3) наблюдается недостаточность сенсорных (слуховых и зрительных), опорно-двигательных и иных систем

4) наблюдается невозможно перейти на следующую стадию психического развития, «перескочив» предыдущие

16. Дизинтегративное развитие всех трех психических сфер становится очевидным к возрасту:

1) 2-2,5 лет

2) 2-3,5 лет

3) 3-3,5 лет

4) 4-4,5 лет

17. Основные критерии выделения типа поврежденного развития:

1) наличие объективно подтвержденного повреждающего воздействия и соответствующего повреждения центральной нервной системы

2) время повреждения центральной нервной системы

3) значительное изменение психического развития

4) *всё вышеперечисленное*

Феноменологическая ориентация в социологии

18. Патопсихологический синдром отражает компонент(ы) психической деятельности:

1) организационный

2) динамический (процессуальный)

3) эмоционально-мотивационный

4) *всё вышеперечисленное*

19. Ведущая роль при дифференциальной диагностике принадлежит:

1) психолого-педагогическим консультациям

2) *психолого-медико-педагогическим консультациям*

- 3) психолого-педагогическому консилиуму
 - 4) психолого-медико-педагогическому консилиуму
20. В МКБ-10 в результате переживания психической травмы при неблагоприятных обстоятельствах выделена категория:
- 1) F43.2 «Расстройство приспособительных реакций»
 - 2) F43.9 «Реакция на тяжелый стресс неуточненная»
 - 3) *F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации»*
 - 4) F43.1 «Посттравматическое стрессовое расстройство»
21. Детский церебральный паралич (ДЦП) – это:
- 1) *врожденная патология опорно-двигательного аппарата*
 - 2) заболевание нервной системы
 - 3) приобретенное заболевание и повреждение опорно-двигательного аппарата
 - 4) наследственное заболевание
22. При РДА:
- 1) имеются интеллектуальные нарушения
 - 2) никогда не диагностируются интеллектуальные нарушения
 - 3) *могут отмечаться интеллектуальные нарушения*
 - 4) имеются психические нарушения
23. В связи с органической этиопатогенетической основой тотального недоразвития его базовые клинико-психологические нарушения определяются:
- 1) иерархичностью нервно-психического недоразвития
 - 2) тотальностью нервно-психического недоразвития
 - 3) *в первую очередь, психофизиологическими особенностями нервной системы*
 - 4) взаимоотношением первичного и вторичного дефекта
24. Основные группы причин нарушений в развитии:
- 1) врожденные и наследственные
 - 2) *экзогенные и эндогенные*
 - 3) пренатальные и наследственные
 - 4) пренатальные и натальные
25. Дислалия – это:
- 1) *нарушение звукопроизношения*
 - 2) нарушение голоса
 - 3) недоразвитие речи
 - 4) нарушение слуха

ГЛОССАРИЙ

Активность – способность психики самостоятельно изменяться под воздействием различных стимулов. Отличительной особенностью некоторых детей с особыми образовательными потребностями является то, что такая способность у них достаточно часто нарушена. То, чему ребенок в норме обучается самостоятельно и спонтанно (что ведет за собой и самостоятельные изменения в психике), ребенок с отклонениями может часто обучиться только направленно при применении специальных методов.

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга. Это наиболее тяжелый речевой дефект, связанный с поражением корковых зон до формирования речи (во внутриутробном периоде или в раннем возрасте).

Асинхронное развитие получило свое название в связи с нарушением основного принципа развития (гетерохронии), когда наблюдаются сложные сочетания недоразвития, ускоренного (акселеративного) развития, искаженного развития в формировании как отдельных процессов и функций, так и целых функциональных систем и их межфункционального взаимодействия.

Аутизм (РДА) – определяется как уход от реальности в мир собственных переживаний, отгороженность от мира, сверххранимость в контактах со средой. РДА определяют особую патологию ЦНС, при которой болезненно затруднено формирование эмоциональных контактов ребенка с внешним миром, прежде всего с человеком

Афазия – полная или частичная утрата ранее сформированной речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Брадилалия – патологически замедленный темп речи. При этом речь монотонная, с вялой артикуляцией.

Гетерохронность – разновременность, несовпадение во времени фаз развития отдельных органов и функций. При этом представляется важным не путать феномен гетерохронии и асинхронии. В обыденной жизни эти понятия часто употребляются как синонимы. Применительно же к психологии отклоняющегося развития это является серьезной методологической ошибкой. Так, асинхрония подразумевает нарушение нормативного закона гетерохронии (это тоже разновременность, но она «неверная» и не способствует адекватному развитию психики).

Глухота – наиболее глубокая степень двустороннего стойкого снижения слуха, при которой разборчивое восприятие речи становится невозможным. При этом возможно восприятие очень громких неречевых звуков (звонок, свисток). Реже наблюдается абсолютная невозможность восприятия любых звуков.

Деменция (слабоумие) – приобретенное необратимое обеднение психической деятельности, ее упрощение и упадок, проявляющееся в ослаблении познавательных способностей, обеднении чувств и изменении поведения. Приобретенное слабоумие вызывается болезнями или повреждением головного мозга.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это полиэтиологическое

заболевание мозга, которое возникает в результате действия различных экзо- и эндогенных вредностей на организм эмбриона, плода или новорожденного. Часто имеет место сочетание различных вредоносных факторов. Наиболее частой причиной ДЦП является сочетание внутриутробной патологии с асфиксией и родовой травмой. Этот термин объединяет синдромы двигательных расстройств, возникшие в результате повреждения мозга в раннем онтогенезе.

Диагностика – это раздел клинической медицины, изучающий содержание, методы и последовательные ступени процесса распознавания болезней или особых физиологических состояний.

Дизартрия – нарушение звукопроизводительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. В основе нарушений лежат органические поражения ЦНС, возникшие во внутриутробном периоде и в раннем возрасте в результате воздействия полиэтиологических факторов.

Дизонтогенез – отклонения внутриутробного формирования структур организма от их нормального развития, а также различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, период, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма ещё не достигли зрелости.

Дисгармоническое психическое развитие – это тип дизонтогенеза, основой которого является врожденная или рано приобретенная диспропорциональность развития психики ребенка, преимущественно в эмоционально-волевой сфере (по В.В. Лебединскому).

Дисграфия – частичное, специфическое расстройство процесса письма.

Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Задержка психического развития (ЗПР) – отражает уровень развития интеллекта и эмоционально-волевой сферы и подчеркивает, как временной, так и временный характер отставания. Значительное отличие структуры ЗПР от интеллектуального дефекта при олигофрении обуславливает иные принципы и методы медико-педагогической коррекции, благоприятность прогноза.

Заикание проявляется в вынужденных повторениях отдельных звуков и слогов, а также в произвольных остановках в момент высказывания, что вызывается судорогами мышц различных органов речевого аппарата.

Искаженное развитие – тип дизонтогенеза, при котором наблюдаются сложные сочетания общего психологического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, что приводит к ряду качественно новых патологических образований.

К аномальным относятся дети, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению нормального хода общего развития. Эти дети имеют выраженные отклонения в развитии, обуславливающие необходимость обучения и воспитания их в специальных условиях.

Кумулятивность – результат развития каждой предшествующей стадии включается в последующую, при этом определенным образом трансформируясь. Более простые психические образования сменяются более системными и

сложными; при этом примитивные психические функции не исчезают полностью, а логически «встраиваются» в новые функциональные системы.

Медико-социальная работа – мультидисциплинарная профессиональная деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально- правового характера, имеющая реабилитационную и профилактическую направленность, целью которой является достижение лицами с психической патологией адекватного уровня здоровья, функционирования и адаптации.

Метаморфозность – ребенок является не просто маленьким взрослым, он – существо, которое обладает качественно другой психикой и развивается по другим временным законам. В том числе речь идет о том, что один и тот же временной интервал имеет различное качественно- количественное наполнение у ребенка и взрослого (например, за один месяц жизни новорожденного у последнего появляется множество важнейших новообразований, которые определяют дальнейшее развитие ребенка; во взрослом возрасте в течение этого же периода времени таких качественных изменений психики не происходит). Образным примером «метаморфозы», которая происходит в процессе взросления ребенка, в биологии является переход насекомого из куколки в бабочку. Так, ребенок является своеобразной «куколкой», которая имеет качественно другие характеристики, не сходные с теми, которые появятся впоследствии во взрослом возрасте.

Наблюдение – это описательный психологический исследовательский метод, заключающийся в целенаправленном и организованном восприятии и регистрации поведения изучаемого объекта.

Наличие взаимодействий внешних и внутренних факторов развития психики – внешние факторы (в первую очередь, социальные) оказывают влияние на психику, всегда преломляясь во внутренних факторах. Даже самые незначительные психосоциальные влияния вызывают изменения на биологическом уровне (это могут быть микроскопические изменения на уровне клетки, которые невозможно диагностировать современным оборудованием).

Наличие зон актуального и ближайшего развития – в психическом развитии ребенка можно выделить уровень актуального развития (что уже сформировалось у ребенка на данный момент) и уровень потенциального развития (что ребенок способен освоить при помощи взрослого). Степень расхождения между этими двумя зонами и характеризует зону ближайшего развития.

Наличие сенситивных (критических) периодов развития – наличие периодов, которые характеризуется избирательной чувствительностью к определенным средовым воздействиям, особенно к воздействию обучения и воспитания.

Наличие трех результатов изменения психики – в результате развития возникают количественные, качественные и структурные преобразования, проявляющиеся в возникновении психических новообразований.

Направленность (вектральность) – наличие в процессе развития перехода в сторону от простых к более сложным психическим образованиям.

Нарушения опорно-двигательного аппарата (НОДА) – это собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, имеющие органическое центральное или периферическое происхождение.

Недостаточное развитие – к этой типологической группе относятся виды отклоняющегося развития, для которых специфичной является именно недостаточность развития (по отношению к средне нормативному) всех или отдельных психических процессов и функций.

Необратимость – невозможность вернуться на предыдущую стадию психического развития. Даже при наличии регресса ребенок будет иметь качественно другую психику, отличную от той, которая была у него ранее. Например, при церебральном повреждении в возрасте 4-х лет и регрессе психических функций последние не будут в точности характеризовать этого же ребенка, когда он был в более младшем возрасте.

Неравномерность – каждая из психических функций имеет свои стадии подъема, стабилизации и спада, т.е. развитию присущ колебательный характер.

Неустойчивость развития – развитие является сочетанием стабильных и нестабильных периодов развития.

Норма речи – общепринятое употребление языка и совокупность правил, упорядочивающих это употребление в процессе коммуникации, при котором речевые структуры и механизмы являются сохранными. Нарушения речи – собирательный термин для обозначения отклонений от речевой нормы, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека.

Обусловленность и закономерность – изменения психики в процессе развития происходят не случайным образом, а определяются фило- и онтогенетическими причинами и законам.

Одаренность – это системное, развивающееся в течение жизни качество психики, которое определяет возможность достижения человеком более высоких, незаурядных результатов в одном или нескольких видах деятельности по сравнению с другими людьми. У детей этой группы наблюдается неравномерность развития отдельных сфер, их выражено ускоренное развитие, поведенческая и/или социо-эмоциональная дизадаптация.

Органическая деменция возникает в результате органического поражения головного мозга инфекционного, травматического, токсического и другого генеза, а также как следствие текущего органического заболевания головного мозга (наследственно-дегенеративные заболевания, нейроревматизм, токсоплазмоз и др.).

Отклоняющееся развитие – это любое отклонение отдельной функции или системы психических функций от «программы развития» вне зависимости от знака этого изменения «+» или «-» (опережение или запаздывание).

Парциальная несформированность высших психических функций – это не включены такие часто описываемые в литературе виды расстройств, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью, нарушения речи и другие, либо вообще не включаемые в психологические классификации нарушений развития, либо относимые к другим подвидам (согласно концепции М.М. Семаго

и Н.Я. Семаго).

Патопсихологическая диагностика подразумевает необходимость квалификации того или иного психического расстройства сквозь призму синдромального подхода. Иными словами, итогом такого вида обследования является диагностика характеристик синдрома, описывающего клинико-психологическую картину нарушения. В этой связи в отечественной патопсихологии введено понятие «патопсихологического синдрома» как совокупности закономерно сочетающихся между собой симптомов, отражающих отклонения в различных сферах психики человека.

Патопсихологический синдром – это относительно устойчивая, внутренне связанная совокупность отдельных симптомов.

Периодизация развития ребенка – одна из важных проблем возрастной психологии и физиологии. Разные подходы к возрастной периодизации определяются различиями в теоретических взглядах и представлениях о критериях возрастной нормы. В педиатрии и педагогике чаще говорят о «норме развития», или «возрастной норме».

Пластичность нервной системы и психики – способность к перестройке структурных и функциональных ансамблей при значимых изменениях внешних и /или внутренних условий, что является основой адаптации и компенсации.

Поврежденное развитие (детская деменция) – это вариант отклоняющегося развития, возникающий при патологическом повреждающем воздействии, когда значительная часть функциональных систем уже была сформирована до момента повреждения.

Под **дефицитным развитием** подразумевается недостаточность сенсорных (слуховых и зрительных), опорно-двигательных и иных систем. В этом случае традиционно выделяемые в специальной психологии категории детей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательной и сенсорных систем могут быть отнесены, в соответствии с логикой предлагаемой типологии, к раннедефицитному или позднедефицитному развитию.

Последовательность – невозможно перейти на следующую стадию психического развития, «перескочив» предыдущие. Иногда те или иные стадии развития проходят очень быстро или неярко выражено, но это не значит, что их не было в (диз)онтогенезе. Например, ребенок может достаточно гармонично переживать кризис семи лет, и родители в это время могут не отметить каких-либо значительных проблем при его обучении и воспитании.

Посттравматическое стрессовое расстройство – это тяжёлое психическое состояние, которое возникает в результате единичной или повторяющихся психотравмирующих ситуаций, как, например, участие в военных действиях, тяжёлая физическая травма, сексуальное насилие, либо угроза смерти.

Психическая травма – это болезненный психологический опыт, к которому индивид оказался субъективно не готовым, в результате чего нарушается соматическое, психологическое, личностное функционирование и/или возникают нарушения поведения.

Психология глухих (сурдопсихология) (от лат. surdus – глухой) – отрасль психологии, изучающая закономерности психической деятельности человека с недостатками слуха.

Психология детей с задержкой психического развития – отрасль психологии, изучающая закономерности нарушений высших психических функций и развития ребенка, в целом, при частичном поражении или незрелости головного мозга.

Психология лиц с недостатками опорно-двигательного аппарата развития – отрасль психологии, изучающая особенности лиц со стойкими двигательными и нервно-мышечными расстройствами.

Психология лиц с речевыми нарушениями (логопсихология) – отрасль психологии, изучающая особенности психической деятельности при дефектах речи.

Психология слепых (тифлопсихология) – отрасль психологии, изучающая психику человека с полностью или частично нарушенным зрением.

Психология умственно-отсталых (олигофренопсихология) – отрасль психологии, изучающая особенности психической деятельности при тотальном поражении головного мозга и интеллектуальном дефекте.

Психопатия – это «группа патологических состояний множественной этиологии, возникающих вследствие нарушения процесса формирования личности и проявляющихся дисгармонией ее свойств, преимущественно эмоционально-волевых (т.е. характера) с более или менее выраженной социальной дезадаптацией, при наличии достаточного уровня интеллектуального развития».

Психосоциальные факторы – понятие, охватывающее широкий диапазон социальных и психологических характеристик, имеющих отношение к здоровью человека.

Расстройство аутистического спектра (РАС) – это группа психических заболеваний, характеризующихся искажением процесса развития с дефицитом коммуникативных способностей, поведенческими и двигательными стереотипиями.

Реабилитация – это комплекс медицинских, педагогических, социальных, экономических воздействий и мероприятий, целью которых является возможно более полное восстановление психического здоровья, нарушенных функций организма и полноценная интеграция в общество. К медицинской реабилитации относятся все виды вмешательств, направленные на восстановление нарушенных функций организма, на профилактику и ликвидацию осложнений и рецидивов заболеваний.

Ребёнок с особыми образовательными потребностями – это ребенок, нуждающийся в специально организованной воспитательной и образовательной среде, во время обучения которого требуется применение особых дидактических методов и приемов.

Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (нарушением участия носового и ротоглоточного резонаторов).

Роль биологического в психическом развитии – любая психическая функция имеет в своей основе биологическую составляющую – особенности функционирования нервной, гормональной и других систем организма.

Роль среды в психическом развитии – среда является одновременно и условием («почвой»), и причиной развития.

Симптом – это единичное нарушение, которое проявляется в различных сферах: в поведении, эмоциональном реагировании, познавательной деятельности больного.

Системность – психика включает в себя множество структурных и функциональных единиц, которые находятся в определенных отношениях и связях друг с другом и образуют определенную целостность, единство (например, функциональные системы по П.К. Анохину).

Слабовидение – значительное снижение остроты зрения, при котором она находится в пределах 0,05-0,2 на лучше видящем глазу или 0,3 при очковой коррекции. Дети, относящиеся к этой категории, называются слабовидящими. К слабовидящим относят и тех детей, которые имеют отклонения и других зрительных функций (цветоощущения, периферического, бинокулярного зрения), а также прогрессирование глазного заболевания. В отличие от слепых, зрение для таких детей является основным средством восприятия. Зрительный анализатор остается ведущим в учебном процессе, как и при нормальном развитии. Это главный признак отличия слабовидения от остаточного зрения.

Слепота – резко выраженная степень снижения зрения, при которой невозможно или крайне ограничено зрительное восприятие. В основе слепоты могут лежать глубокая потеря остроты зрения, резкое сужение поля зрения или нарушения других зрительных функций.

Социальная дезадаптация – это нарушение взаимодействия ребенка с микро- и макросоциальной средой, которое проявляется в устойчивом поведенческом противодействии общественным правилам, моральным и правовым нормам. Отклонения в развитии – одна из частых причин социальной дезадаптации.

Социально-психологическая адаптация – представляет собой сложную систему и связана с изменением статуса человека, неоднократно меняющегося в течение жизни при попадании в новые микро- социальные условия. Социально-психологическая адаптация дополняет биологические и физиологические формы приспособления человека.

Специальная психология – раздел психологии, изучающий психолого-педагогические особенности лиц с недостатками психического и физического развития, обусловленных патологией центральной нервной системы (ЦНС), нуждающихся в специальных условиях воспитания, обучения и социальной адаптации.

Тахилалия – патологически ускоренный темп речи, при котором произносится в секунду до 20-30 фонем.

Тотальное недоразвитие – это те варианты отклоняющегося развития, для которых характерна выраженная недостаточная сформированность практически всех психических процессов и функций и самой базовой

структурной организации психического, определяющих психическое развитие ребенка.

Тугоухость – стойкое понижение слуха разной степени выраженности, вызывающее затруднения в восприятии речи. Тугоухость может проявляться как небольшим нарушением восприятия шепотной речи, так и резким ограничением восприятия речи разговорной громкости. Восприятие речи становится возможным при определенных условиях (например, при применении звукоусиливающей аппаратуры). Детей с тугоухостью называют слабослышащими. Такие дети нуждаются в особом психолого- педагогическом подходе. В отличие от глухих, эти дети самостоятельно усваивают устную речь. Однако при нераспознанной тугоухости к концу первого года жизни у ребенка снижается интенсивность предречевых действий. Дети не усваивают речевые навыки и переходят на язык жестов. Формируется вторичное речевое недоразвитие, требующее специального обучения.

Умственно-отсталые лица – очень разнородная по составу группа. В нее входят дети, у которых поражение мозга возникло внутриутробно, в период родов и в первые годы жизни (олигофрения); лица, у которых нарушения возникли после трех лет в результате травм и заболеваний; лица, у которых умственная отсталость сочетается с текущими психическими заболеваниями (шизофренией, эпилепсией) и заболеваниями, обусловленными наследственными нарушениями обмена веществ (фенилкетонурия и др.).

Центральная нервная система (ЦНС) – это основная часть нервной системы человека, состоящая из нейронов, их отростков и вспомогательной глии. Она связана со всеми органами и тканями организма через периферическую нервную систему, включающую у позвоночных черепные нервы, отходящие от головного мозга, спинномозговые – от спинного мозга, межпозвонковые нервные узлы; периферические отделы вегетативная нервная система – нервные узлы с нервными волокнами, подходящих и отходящих к ним.

Шизофреническая деменция характеризуется резким снижением психической активности и уровня побуждений, аутизацией, диспропорцией между запасом знаний и возможностью их использовать, эмоциональной опустошенностью.

Учебное текстовое электронное издание

**Мартынова Наталья Владимировна
Халикова Джени Андреевна**

ПСИХОЛОГИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

Учебное пособие

1,62 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2020 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 социальной работы и психолого-педагогического образования
Центр электронных образовательных ресурсов и
дистанционных образовательных технологий
e-mail: ceor_dot@mail.ru