



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

Е.Е. Русякова

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

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

Магнитогорск
2015

УДК 159.922.76
ББК Ю948я73

Рецензенты:

Кандидат педагогических наук,
МАУ ДО «Дворец творчества детей и молодежи»
И.В. Соловьева

Кандидат педагогических наук,
доцент кафедры спортивного совершенствования,
ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»
Р.Р. Вахитов

Составитель: Русякова Е.Е.

Специальная психология [Электронный ресурс] : учебное пособие / Екатерина Евгеньевна Русякова ; ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (1,49 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВПО «МГТУ», 2015. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; Adobe Reader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

Учебное пособие содержит базовый понятийный аппарат, сведения об особенностях развития психики детей с психофизическими аномалиями, о возможностях компенсации и путях коррекции отклоняющегося развития, методах его диагностики, механизмах компенсации и личностной реабилитации. Рассматриваются прикладные и этические аспекты психологической помощи.

В учебном пособии раскрываются основы учебной дисциплины 030300.62 «Специальной психологии», она так же может быть использована в направлении 050400.62 по дисциплине «Коррекционная педагогика с основами специальной психологии» и «Дефектология».

УДК 159.922.76
ББК Ю948я73

© Русякова Е.Е., 2015
© ФГБОУ ВПО «Магнитогорский
государственный технический
университет им. Г. И. Носова», 2015

Содержание

| | |
|---|-----|
| Введение | 4 |
| Лекция 1. Введение в специальную психологию | 5 |
| Лекция 2. Методы специальной психологии | 23 |
| Лекция 3. Общие проблемы роста, развития. Дизонтогенез | 31 |
| Лекция 4. Взаимодействие факторов среды и наследственности | 46 |
| Лекция 5. Недоразвитие как тип дизонтогенеза | 54 |
| Лекция 6. Задержка психического развития | 74 |
| Лекция 7. Дети с дефицитным психическим развитием | 88 |
| Лекция 8. Искажённое психическое развитие | 100 |
| Лекция 9. Повреждённое психическое развитие | 111 |
| Лекция 10. Дисгармоническое психическое развитие | 117 |
| Лекция 11. Социальная ситуация развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья и с особыми образовательными потребностями | 125 |
| Примерная тематика рефератов и докладов по дисциплине «Специальная психология» | 134 |
| Тестовые задания для контроля знаний | 135 |
| Ключ к тестовым заданиям | 139 |
| Глоссарий | 140 |
| Библиографический список | 142 |

ВВЕДЕНИЕ

В процессе обучения и практической подготовки будущих профессионалов в области психологии значительная роль, бесспорно, принадлежит дисциплине «Специальная психология». Работа с детьми разного уровня развития, и «норма», и «патология», предполагает хороший уровень знаний о сущности феноменов отклоняющегося развития, механизмах их формирования и общих закономерностях дизонтогенеза.

Дисциплина «Специальная психология» призвана сформировать представления о теоретико-методологических основах этой науки, ее базовых категориях, принципах, своеобразии методов и приемов.

Специальная психология – относительно молодая наука. Она является областью научного знания, возникшего в связи с запросами практической жизни на стыке ряда наук: психологии, дефектологии, медицины.

Наряду со школами с профильным обучением, гимназиями, лицеями, получили дальнейшее распространение классы коррекционно-развивающего обучения в общеобразовательных школах и другие институты помощи детям с трудностями развития. Вариативность образовательных учреждений способствовала перераспределению учащихся: часть учащихся оказалось в школах с повышенными требованиями к способностям, часть детей, с неярко выраженными трудностями обучения из специальных школ, перешла в общеобразовательные школы. В то же время специальная школа осталась важным звеном в системе помощи детям с нарушениями развития. Всё это сделало широко востребованным психологическое знание о детях с нарушениями психического и физического развития.

Любой специалист, работающий в сфере образования, должен владеть системой психологических знаний о детях с атипией развития, об их трудностях и особенностях их обучения и жизни. В учебные планы государственных стандартов в качестве обязательной учебной дисциплины профессионального образования для психологов была введена «Специальная психология».

Изучая специальную психологию, студенты получают подготовку в области современных методов и технологий психодиагностической, психокоррекционной, психотерапевтической и психореабилитационной работы с детьми, имеющими трудности в восприятии информации, нарушения внимания, памяти, речи, интеллектуальной деятельности и эмоционально-волевой сферы, а также трудности в обучении. Подготовка по специальной психологии вооружает студента методами психологического консультирования, диагностики и психологической поддержки.

В предлагаемой учебно-методической работе содержатся теоретический материал по основным категориям специальной психологии, рассмотрены все виды дизонтогений, имеются методики диагностики нарушений развития ребенка, включены классические психофизиологические пробы. В качестве практической работы студентам предлагается решить психологические задачи, дающие возможность систематизировать и закрепить как теоретические знания, так и практические навыки, полученные в процессе обучения. Представленные методики лабораторных и практических заданий достаточно просты, доступны, не требуют применения специальной сложной аппаратуры. Они требуют лишь творческого, профессионального подхода к их проведению.

Ученая разработка по курсу «Специальная психология» адресована педагогам, может быть интересна студентам психологам, специалистам, интересующимся разработками в области специальной психологии.

Лекция 1. ВВЕДЕНИЕ В СПЕЦИАЛЬНУЮ ПСИХОЛОГИЮ

Цель: Познакомить студентов с областью научно познания специальной психологии, ее объектом, предметом целями и задачами; с историческим аспектом и этапами становления специальной психологии в России и за рубежом; дать представление об основных категориях специальной психологии.

План лекции:

1. Специальная психология как научный курс, предметом которого является развитие психики, протекающее в неблагоприятных условиях.
2. Предметное поле исследования специальной психологии.
3. Систематизация задач специальной психологии (по В.И.Лубовскому).
4. Междисциплинарный статус специальной психологии.
5. Основные этапы развития специальной психологии
6. Основные отрасли современной специальной психологии.
7. Роль и значение Л.С.Выготского в становлении и развитии специальной психологии.
8. Основные категории специальной психологии.

Специальная психология (Коррекционная психология) — область психологии развития, изучающая особые состояния, возникающие преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов (органической или функциональной природы), проявляющихся в замедлении или выраженном своеобразии психосоциального развития ребёнка, затрудняющих его социально-психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее профессиональное самоопределение. По Е. Л. Гончаровой специальная психология — это «область психологии развития, которая изучает проблемы развития людей с физическими и психическими недостатками, определяющими потребность детей в особых условиях обучения и воспитания и потребность взрослых — в особых формах психологического сопровождения». Название «Коррекционная психология» зафиксировано в перечне научных специальностей ВАК РФ. Код 19.00.10.

Объект изучения специальной психологии – дети с врожденными или приобретенными нарушениями физического и психического развития [1] и отношение к ним в обществе на разных этапах его существования [3, с. 11]. Богданова, Т.Г.

Как и любая наука, являющаяся самостоятельной отраслью человеческого знания, специальная психология имеет свой предмет.

Предметом специальной психологии являются закономерности развития и проявлений психики различных групп детей с нарушениями в развитии. [1] Это закономерности отклоняющегося развития, его причины и механизмы, особенности освоения социокультурного опыта людьми с атипичными (отклонениями и нарушениями психического развития), в частности, закономерности спонтанного и направленного познания окружающего мира, приобретения практического опыта, социализации и тех изменений в психике, которые происходят в процессе корректирующего воздействия специалистов.

Цель специальной психологии - изучение индивидуально-типических особенностей при атипичном развитии, причин, механизмов и структуры отклоняющегося развития, а

также обоснование и разработка стратегий целенаправленной помощи по улучшению качества жизни людей с атипиями.

Систематизация задач специальной психологии впервые была представлена В.И. Лубовским (1989). Он сгруппировал эти задачи по научному содержанию и практической направленности.

1 группа задач - общенаучные теоретические задачи, касающиеся проблем развития аномального ребенка:

- раскрытие закономерностей развития и проявлений психики, общих для нормальных и аномальных детей;
- раскрытие общих закономерностей развития, присущих всем аномальным детям;
- раскрытие специфических закономерностей развития и проявлений психики разных групп аномальных детей;
- установление зависимости развития и проявлений психики от характера, механизмов и степени выраженности аномалии.

2 группа задач - изучение аномалии формирования и развития конкретных форм психической деятельности и ее психических процессов у разных групп аномальных детей, т.е. изучение закономерностей формирования личности, умственной деятельности, речи, восприятия, памяти.

3 группа задач - выявление путей компенсации дефекта и развития психики в целом.

4 группа задач - разработка научных основ, методов и средств обучения разных групп аномальных детей, теоретическое обоснование конкретных путей их обучения [3, с. 15-16].

Основной задачей специальной психологии на современном этапе является формирование адекватной личности в условиях применения специальных методов и приемов воспитания и обучения, за счет которых происходит замещение и перестройка нарушенных функций.

Межпредметные связи специальной психологии

Предмет научного исследования не существует отдельно и изолировано от других явлений и объектов окружающего мира, которые оказывают на него свое влияние. Многие науки могут изучать один и тот же предмет, но с разных точек зрения, разными методами, на разных уровнях существования объекта, используя разные категории и объяснительные принципы.

Специальная психология возникла и развивалась как пограничная область знаний, тесно связанная с психологией, педагогикой и медициной.

Наиболее тесные из них - связи с **коррекционной педагогикой**. Невозможно создать и разработать методы обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями без знаний закономерностей их развития. Вместе с тем, практика обучения таких детей может выступать для специальной психологии формой проверки адекватности тех или иных научных представлений. Взаимосвязь и взаимообусловленность этих двух наук подтверждается словами выдающегося отечественного психолога С.Л. Рубинштейна: «При всей взаимосвязанности психического развития ребенка и педагогического процесса предметом психологии является психика ребенка в закономерностях ее развития, педагогический процесс здесь выступает как одно из условий этого развития. В педагогическом исследовании взаимоотношения меняются: предметом педагогики является процесс воспитания и обучения в его специфических закономерностях, психические свойства ребенка выступают как условия, которые должны быть учтены».

Ее связь с психологией определяется общностью методологических позиций, понятийного аппарата, методов изучения психики. Следует упомянуть о связях с **возрастной психологией**.

Знание законов "нормального развития" является для специальной психологии отправной точкой, поскольку понятие "отклоняющееся развитие" - понятие относительное. Вместе с тем, изучение тех или иных нарушений в развитии психики обогащает наши знания о законах нормального ее развития.

Целый ряд неблагоприятных условий, на фоне которых может протекать психическое развитие ребенка, связан с патологией генного и хромосомного аппарата, с заболеваниями мозга и психическими заболеваниями. Именно в силу этого у специальной психологии традиционно существуют тесные связи с **генетикой**, физиологией, а также с детской **невропатологией** и **психиатрией**. Глубокий учет медицинских данных позволяет получить представление о причинах возникновения, структуре и механизмах того или иного дефекта, помогает в изучении особенностей психики аномального ребенка.

По поводу связи специальной психологии с **патопсихологией** в литературе высказывается точка зрения, что специальная психология является частью патопсихологии. Однако с этим нельзя согласиться. Патопсихология изучает структуру и закономерности распада сформировавшейся психической сферы и личности, особенность же психики аномального ребенка – развитие в условиях текущего или закончившегося патологического процесса. Кроме того, патопсихология ориентирована на решение задач, поставленных клинической психиатрией, а специальная психология – на теорию и практику коррекционной педагогики.

Перечисленные связи можно отнести к числу наиболее тесных и значимых, но этим их круг не ограничивается. Можно указать на связи специальной психологии с **общей психологией** и **педагогикой**, с **философией**, **социологией**, целым рядом **клинических** и **инженерных** дисциплин [2, с. 11-12].

Целый ряд неблагоприятных условий, на фоне которых может протекать психическое развитие ребенка, связан с патологией генного и хромосомного аппарата, с заболеваниями мозга психическими заболеваниями, заболеваниями анализаторных систем. В силу этого у специальной психологии традиционно существуют тесные связи с генетикой, а также невропатологией, психиатрией, офтальмологией, оториноларингологией. Хочется акцентировать Ваше внимание на то, что специальная психология занимает то поле, которое можно назвать дефектологией. Это область знаний об аномальном ребенке, которая обслуживает множество наук. Когда-то была наука педология- все о нормальном ребенке, а дефектология – все об аномальном ребенке. Наиболее тесно связана, занимает место моста между с одной стороны психиатрией, невропатологией, с другой стороны педагогикой. Невропатология, психиатрия – с точки зрения врачей, это легкие отклонения в развитии. Чаще всего собственными методами не могут вычленивать и устранить (ЗПР, легкая интеллектуальная недостаточность). Легкие отклонения не показывает энцефалограф, не лечат таблетки. Нужны другие методы и способы. Вот тогда появляются психологические методики (например, тест Векслера) в руках у врача. Но нужно мнение психолога, т.к. выстроить программу коррекции может только психолог. Усложнение предметного содержания специальной психологии подчеркивает ее многоаспектность, что позволяет устанавливать более тесные межпредметные связи с другими отраслями психологической науки, и прежде всего с психологией развития. Если психология развития исследует сам процесс развития, то специальная психология отвечает на вопрос: как развитие может происходить в иных условиях. В свою очередь это расширяет наши представления о генезе психики в целом. Поскольку в психике все тесно взаимосвязано, бывает трудно в норме

вычленив глубинные механизмы жизнедеятельности ребенка, изучение «особых» детей позволяют увидеть скрытые в норме механизмы. Когда не поломано – не видно, стоит поломаться – обнаруживается. Получение объективных данных о различных сторонах нарушенного развития возможно лишь при условии проведения всестороннего сравнительного исследования и анализа. Результаты исследований, полученные на какой-то определенной группе детей с нарушенным развитием, должны быть обязательно сопоставлены с аналогичными данными группы нормально развивающихся того же возраста. Выявленные отличия могут быть квалифицированы как специфические особенности лишь в том случае, если они будут подвергнуты еще одному сравнению с данными таких же опытов, проведенных на дополнительной группе детей с другой формой отклонения. Отличительные особенности определенной группы детей с отклоняющимся развитием часто обусловлены не только основным нарушением, но и в немалой степени характером обучения и воспитания, в том числе семейного. Именно поэтому требуются еще результаты группы детей с той же формой отклонений, но обучающихся в других условиях. Все вышесказанное дает основание утверждать, что специальная психология представляет собой содержательную часть сравнительной и педагогической психологии в самом широком смысле этого слова. Нельзя не сказать о связи специальной психологии с патопсихологией. Неслучайным является то, что в начале 20 века ее обозначали как «патологическая психология». В современной европейской традиции термин «специальная психология» мало употребим. Данная дисциплина рассматривается чаще всего как частный раздел клинической и иногда определяется как аномальная психология. Отклонения в развитии, пользуясь выражением Л.С.Выготского, можно определить как особый способ генеза, не представляющий собой форму заболевания. Последнее суть разрушительный процесс разной интенсивности и темпа. Развитие, пусть даже нарушенное, по своей природе представляет нечто противоположное болезни. Это феномен позитивного созидания. С другой стороны, болезнь и ее последствия часто являются причиной отклонения в развитии. В данном случае болезнь выступает для специальной психологии одним из классов неблагоприятных условий, на фоне которых протекает психогенез. В подобных случаях в самом генезе психики достаточно сложным образом переплетаются симптомы заболевания и феномены отклонения в развитии. Особенно тесные связи у специальной психологии устанавливаются с одним из наиболее разработанных разделов медицинской психологии – нейропсихологией. Последняя занимается изучением нарушений высших психических функций при локальных поражениях мозга. Как известно, для многих детей с отклонениями в развитии характерно наличие резидуальных органических патологий мозга. Именно поэтому использование основных принципов и методов нейропсихологии при изучении этих детей оказалось весьма продуктивным и перспективным. Круг межпредметных связей специальной психологии в действительности весьма широк и не ограничивается обозначенными выше. Можно констатировать связь с инженерными науками, занимающимися проектированием технических приспособлений и приборов для инвалидов; на социологию, общую педагогику, философию, этнографию и пр. Но и рассмотренных связей достаточно для того, чтобы понять: предмет специальной психологии является чрезвычайно сложным, многомерным и многоаспектным феноменом.

История развития специальной психологии. Без знания своей истории наука рискует утратить собственный фундамент, потерять ориентацию в направлении научных поисков. История любой науки никогда не начинается с пустого места или чистого листа; всегда существует некая предыстория. Научная психология уходит своими корнями в так называемую обыденную, житейскую психологию. Именно обыденное сознание, как одна из форм общественного, стало той сферой, где раньше всего начали концентрироваться знания о психике человека, в том числе и о психических отклонениях. Люди с подобными нарушениями жили в человеческом сообществе всегда и не могли не обращать на себя

внимания окружающих. Обыденное сознание представляет собой бессистемный набор житейских представлений о тех или иных явлениях окружающего мира. Наблюдая за поведением лиц с отклонениями, люди пытались объяснить причины, вызвавшие их. Отношение к инвалидам на бытовом уровне не поддается законодательной регуляции и изменяется весьма медленно под влиянием систематической и длительной научно-просветительской работы. Обыденное сознание акцентирует внимание на отличиях, жестко деля социальный мир на «мы» (здоровые люди) и «они» (инвалиды), приписывая последним многочисленные отрицательные свойства. Не случайно подавляющее большинство респондентов социологических опросов отмечают необъяснимое эмоциональное напряжение, возникающее в ситуации, когда они сталкиваются с инвалидами. Это напряжение далеко от враждебности, но и не имеет положительного знака. Иррациональное приписывание инвалиду каких-то особых свойств, страх его «непредсказуемости» существенно затрудняют процесс общения. Обыденное сознание проделало длительный путь эволюции и достаточно долго было единственным источником знаний о психических аномалиях.

В древности детей с физическими нарушениями уничтожали. Поскольку они не могли себя прокормить, или они погибали сами. Т.к. не было необходимой врачебной помощи. В 4-5 в. до нашей эры Аристотель, оправдывая детоубийство, выдвигал экономические условия. Платон говорил, что таких детей надо уничтожать, чтобы они не производили себе подобных. Сенека писал: «Мы убиваем уродов и тех детей. Которые рождаются хилыми и обезображенными. Мы поступаем так не из-за гнева и досады. А руководствуясь правилами разума. Правило: отделять негодное от здорового».

Другой формой общественного сознания, возникшей позже обыденного и оказавшей на него сильнейшее влияние, было сознание религиозное, представляющее собой систему убеждений, основанных на вере. Религиозное сознание пытается построить целостную картину мира, по-своему объясняя все его явления. При этом следует особо отметить, что в ряду последних психические и физические аномалии всегда привлекали к себе особое внимание. Ни одна сколько-нибудь крупная мировая религия не обходила этот вопрос, решая его с точки зрения высшей справедливости, справедливого наказания или вознаграждения. Психические расстройства могли рассматриваться как наказание за какие-то грехи или как прямое проявление бесовства, что развязывало руки религиозным фанатикам. Лица с отклонениями преследовались, изгонялись, подвергались унижениям и физическому уничтожению. Проявление жалости к ним расценивалось как отступление от веры со всеми вытекающими последствиями. В тех случаях, когда религиозное сознание трактует психическую аномальность как особый знак блаженности, отношение изменяется в иную сторону. Лица с отклонениями становятся объектами заботы и призрения. Достаточно обратиться к этимологии русского слова «убогий», которое сегодня имеет откровенно негативный смысл. В своем первоначальном употреблении оно означало близость к Богу и тем самым фиксировало особый характер обращения с такими людьми. Практическое осуществление этого включало разнообразные запреты на всякого рода притеснения, попытки воспитывать при монастырях лиц с умственными и физическими расстройствами, приобщение их к посильным видам труда и самообслуживания. В славянских странах считалось, что умственно отсталые дети – это дети Бога. Поэтому к их словам прислушивались и очень хорошо к ним относились. Католики же считали, что умственно отсталые дети – это дети дьявола, поэтому их надо сажать в тюрьму или бросать в реку. В средние века калеки являлись объектом христианской добродетели. Они составляли одну категорию населения с бедняками и стариками. В монастырях к ним относились как к гостям, ведь в евангелии сказано, что они первыми окажутся в Царстве Христовом. Живя на пожертвование родственников, соседей и прихожан, инвалиды занимали строго определенное положение в обществе. Их особой функцией было искупление грехов богачей. Таким образом, в средние

века с одной стороны, ими восхищались из-за близости их судьбы с судьбой Христа. С другой – они внушали тревогу и страх, тогда говорили об их дьявольской природе.

Художественной форме общественного сознания. Мировое и отечественное искусство и литература неоднократно обращались к образам персонажей с различными психическими нарушениями. Достаточно только сослаться на общеизвестные произведения таких авторов, как И. Репин, В. Суриков, В. Перов, М. Антокольский, Ф. Достоевский, Н. Гоголь, В. Короленко, А. Пушкин, А. Чехов, Л. Андреев, В. Гюго, А. Маршал, С. Болекаев, Н. Лесков, Б. Полевой, Н. Островский и многие др. В известном романе В. Гюго "Человек, который смеется" описан весь трагизм и одиночество человека, непохожего на других. Значение и роль этих персонажей в художественном замысле произведений могут быть совершенно различны как и сам характер и способ их описания. Общим является стремление проникнуть во внутренний мир таких людей, раскрыть логику их поведения, дать через описание единичного картину всеобщей сущности природы человека независимо от состояния его психического здоровья. Многие из произведений, раскрывая трагизм общественного бытия лиц с теми или иными расстройствами, способствовали и способствуют изменению обыденных представлений и отношения общества к этой категории индивидуумов. Если обыденные представления базируются на эмпирическом, житейском опыте, то религиозные и художественные имеют иную основу — иррационально-мистическую и образно-эмоциональную.

Наука же опирается на рациональные факты, использует объективный способ получения информации. Ее целью является сбор достоверных, проверяемых и воспроизводимых сведений. Впервые попытка дать рациональное объяснение природы различных отклонений в психическом развитии была предпринята в рамках медицины. Большинство из попыток объяснения характера заболеваний сегодня выглядят более чем наивно, но для нас важнее другое: появление научных исследований знаменует собой иной способ получения знания путем систематического наблюдения и эксперимента, а также причинно-рационального способа трактовки добытых фактов.

По существу, первые научные, в строгом смысле этого слова, представления начали формироваться в процессе систематического обучения и воспитания детей с нарушениями в развитии. Подобная система стала складываться в Европе в XVIII столетии под влиянием гуманистических и просветительских идей. Достаточно указать в качестве примера на весьма знаменательный факт отграничения умственной отсталости как стойкого состояния недоразвития от психических заболеваний, впервые произведенное французским психиатром **Ж. Эскиролем**. В 1746г. был предпринят первый опыт обучения детей. **Песталоцци** связал обучение с воспитанием и развитием ребенка. Он разработал теорию работы с тугодумными детьми, основной постулат которой был: «Умственно отсталый ребенок не менее развитый, а иначе развитый». Положенные в основу обучения по преимуществу интуитивные представления об особенностях психического развития детей с отклонениями, а также об их потенциальных возможностях в реальном педагогическом процессе постепенно усложнялись, обогащались и дифференцировались. Период до конца XIX столетия можно рассматривать как особый этап в развитии специальной психологии, который характеризуется ее «включенным» в коррекционно-педагогический процесс; этап, на котором она еще не выделилась в самостоятельную форму познавательной деятельности со своим предметом и методами.

Формированию специальной психологии в качестве самостоятельной дисциплины во многом способствовало развитие экспериментальной психологии во второй половине XIX века. Первыми практическими сферами, в которых пытались использовать психологическое знание, были клиника и школа.

Бурное развитие специальной психологии в начале XX века неотрывно от особенностей культурного контекста европейской истории этого периода. Ярким примером повышения интереса к детской тематике стало появление особой науки — педологии, оказавшей сильное влияние на специальную психологию. Из педологии в последнюю пришли принципы динамического, системно-комплексного и сравнительного анализа. Генетическая идея, то есть изучение ребенка в процессе развития, стала доминирующей. В начале XX столетия в специальной психологии наблюдается активная внутренняя дифференциация. Первоначально, в соответствии со сложившейся системой обучения и воспитания аномальных детей, начинают складываться такие ее отрасли, как сурдопсихология, тифлопсихология и олигофренопсихология.

В это время система обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии как в Европе, так и в России приобретает особую динамику. Открываются новые школы, приюты, санатории. Доминировавший клинико-биологический подход начинает все более активно дополняться социально-педагогическим. Именно в этот период появляются многочисленные научные работы, посвященные различным проблемам специальной психологии. Их авторами были Е. Маляревский, В. П. Кащенко, А. В. Владимирский, И. Г. Оршанский и многие другие. В 1915 г. был опубликован двухтомный фундаментальный труд Г. Я. Трошина «Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей». Важную для специальной психологии роль сыграл **В. М. Бехтерев**, создавший в одном из подразделений руководимой им Психоневрологической академии специальную лабораторию по изучению психики детей с отклонениями в развитии. Система обучения и воспитания детей с отклонениями, по крайней мере, в нашей стране до недавнего времени была чуть ли не единственной сферой деятельности, где использование психологических знаний носило постоянный, систематический и обязательный характер.

Центральным научно-исследовательским учреждением, возглавлявшим и координировавшим все российские изыскания в области специальной психологии, был созданный в 1919 г. Экспериментально-дефектологический институт. Важной вехой следует считать открытие в 1929 г. в Москве научно-практического института детских домов и специальных школ и создание при нем лаборатории специальной психологии в которой работал Л.С.Выготский.

Выготский Л.С. способствовал окончательному оформлению специальной психологии и превращению в самостоятельную научную область, с собственным предметом, методами, задачами и системой принципов. Уникальность данной научной ситуации состоит в том, что результаты клинико-психологических исследований Л. С. Выготского составили основу созданной им культурно-исторической теории развития психики. А упомянутая теория, в свою очередь, выступила базой для отечественной специальной психологии. Именно с этих позиций Л. С. Выготским были сформулированы важнейшие положения специальной психологии к которым относятся следующие:

- О системности строения психики человека, в свете которого нарушение одного из звеньев изменяет функционирование всей системы;
- Об актуальной и ближайшей зонах развития ребенка;
- Об идентичности факторов, обуславливающих развитие нормальных и аномальных детей;
- О первичных и вторичных отклонениях в развитии аномального ребенка и об основных направлениях коррекционной педагогической работы с детьми, имеющими отклонения в развитии;
- О коллективе как факторе развития ВПФ ребенка;
- Об изменении соотношения интеллекта и аффекта при умственной отсталости;

• О важности раннего коррекционно-педагогического воздействия на ребенка с отклонениями в развитии.

Научная деятельность Л. С. Выготского пришлась на вторую половину 20-х — первую половину 30-х годов. Если середина 20-х характеризовалась весьма интенсивным развитием науки, то к началу третьего десятилетия положение начинает меняться. Исследовательская работа таких отечественных авторов, как П. П. Блонский, А. П. Болтунов, М. С. Бернштейн, Г. И. Россолимо, А. Ф. Лазурский и др., было серьезно приостановлено до середины 20-х годов в связи со сложной политико-экономической ситуацией, сложившейся в результате революции, гражданской войны, массового голода и разрухи. В стране приводит к усилению идеологического диктата и политическим репрессиям. Запрещаются целые научные направления.

Значение науки рассматривается как нечто производное от задач обслуживания интересов практики в утилитарном смысле. В это время гонениям подвергаются психотехника, социальная психология, психоанализ. Специальным постановлением ЦКВКП (б) «О педологических извращениях в системе Наркомпроса» от 1936 г. ликвидируется педология. Имя Л. С. Выготского упоминается лишь в связи с безудержной критикой, не имеющей никакого отношения к науке. Его работы станут доступными широкому читателю лишь через двадцать лет — в середине 50-х годов. Для психологии это был тяжелый период.

Определенная активизация в психологии отмечалась в период Великой Отечественной войны и после ее окончания. Вопросами реабилитации занимались многие отечественные психологи (А. Н. Леонтьев, А. В. Запорожец, Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн, Б. Г. Ананьев, А. Р. Лурия, Б. И. Коваленко, В. С. Мерлин и многие другие). Со второй половины 50-х годов начинается возрождение психологической науки в СССР. Восстанавливаются в правах идеи Л. С. Выготского. Получает дальнейшее развитие специальная психология, ориентированная на практику обучения детей с психическими отклонениями. Тематика исследований в данной области преимущественно была связана с изучением познавательных процессов — восприятие, память, мышление и речь. Исследования познавательной сферы дополняются изучением эмоционально-волевой сферы, личности, самосознания, межличностных отношений в условиях разных форм отклонений от нормального развития. Возрастной диапазон интересов специальной психологии увеличивается не только за счет дошкольников, но и лиц зрелого и пожилого возраста.

В середине 60-х годов тема компенсаторных механизмов, анализируемых преимущественно на физиологическом уровне, постепенно сменилась на проблему социальной адаптации и реабилитации, общественного бытия взрослых инвалидов в широком аспекте: получение дальнейшего образования, профессиональное и личностное самоопределение. Происходит формирование ее новых направлений, таких как **психология детей с задержкой психического развития, психология лиц с патологией опорно-двигательного аппарата**. Закладываются основы **логопсихологии, психологии детей, выросших в условиях материнской депривации, реабилитационной психологии**.

К тому времени выделены несколько направлений практической работы в специальной психологии.

Первое — **клинико-психологическое**, для которого наиболее характерно сопоставление полученных психологических данных с особенностями основного нарушения, его глубиной, этиологией и патогенезом.

Другое направление - **психолого-педагогическое**; с его позиций ребенок с тем или иным отклонением рассматривается в контексте обучения и воспитания.

Третье направление — **социально-психологическое**. Предметом его непосредственного изучения является ребенок не сам по себе, а характер его межличностных

отношений, особенности процесса общения, групповая динамика, интерперсональное восприятие и т. п.

Достаточно близко к указанному направлению примыкает **реабилитационно-ориентированные** исследования, сочетающие в себе элементы трех упомянутых сфер.

Четвертое направление, начинающее оформляться в самое последнее время, связано с усилением внимания к **фактору семейного воспитания детей-инвалидов**, а также с **процессом интегрированного обучения**. Его можно условно обозначить как консультативное. Содержание этого направления включает оказание квалифицированной психологической помощи родителям и учителям проблемных детей.

Основные категории специальной психологии

Специальная психология имеет свой категориальный аппарат – систему понятий, отображающих различные стороны психической реальности в ее целостности, и специфических, только ей присущих характеристиках нарушенного развития (от греч. *kategoria* – высказывание, признак).

Аномальное развитие – развитие на дефектной основе. По определению Л.С. Выготского, аномальное развитие – не дефектное, а своеобразное развитие, не ограничивающееся отрицательными признаками, а имеющее целый ряд положительных, возникающих в силу приспособления ребенка с дефектом к миру. Отклоняющееся развитие можно определить как обычное развитие, но протекающее в необычных (неблагоприятных) условиях, патогенная сила которых превышает компенсаторные возможности индивида [2, с. 8].

Онтогенез – бытие, происхождение, рождение — индивидуальное развитие организма от оплодотворения до смерти. Онтогенез делится на два периода: эмбриональный — от образования зиготы до рождения или выхода из яйцевых оболочек; постэмбриональный — от рождения до смерти организма.

Дизонтогенез - (*disontogenesis*) — это нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза. Психический дизонтогенез — патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций.

В клинической психиатрии термин «дизонтогенез» относят к задержкам и искажениям психического развития. Группа расстройств, объединяемая понятием «задержки психического развития» включает патологические состояния, характеризующиеся недостаточностью интеллекта и психики в целом. К «искажениям психического развития» относят состояния, отличающиеся парциальностью и диссоциативностью развития психических функций. Одни из них могут характеризоваться ускорением, а другие — задержкой развития.

Задержки психического развития следует отличать от приобретенных состояний дефекта личности и интеллектуальной деятельности вследствие (болезненного процесса или другого повреждения психики) . В последнем случае принято говорить о слабоумии, или деменции.

В рамках психического недоразвития различают тяжелые состояния умственной (отсталости и относительно легкие задержки психического развития (пограничные формы задержки развития).

Дизонтогенез психического развития может возникать под влиянием (многих внутренних и внешних факторов (генетических, биологических, психогенных и микросоциальных), а также при их сочетании и взаимодействии. В числе основных может быть названа резидуальная органическая церебральная недостаточность, которая в

зарубежной литературе определяется емким понятием «минимальной мозговой дисфункции» (minimal brain dysfunction — MBD). При конкретизации этих факторов в отношении раннего детского возраста обращают внимание на особенности темперамента, соматическая и органическая церебральная патология, комплекс эмоциональных привязанностей, депривация (в том числе частичное сиротство — смерть «одного из родителей, развод) .

Фактор темперамента начинает действовать и определяется с 1-го месяца жизни ребенка. Выделено 9 составляющих темперамента: активность, ритмичность (цикличность), чувствительность (реактивность) , интенсивность, подвижность, коммуникативность, адаптивность, настроение, внимание (его объем) . Каждая из этих характеристик определяет различное поведение и реакции ребенка в любой жизненной ситуации. По типу реакций младенца при исследовании темперамента можно определить группу так называемых трудных детей, которые предрасположены к психическому дизонтогенезу [Thomas A., Chess S., 1982].

К органическим факторам возникновения дизонтогенеза традиционно относят церебральную патологию, структурные, т. е. органические поражения мозга и функциональные нарушения мозговой деятельности. Но при последних допускают наличие «мягких» органических признаков. Именно в этом случае говорят об уже упоминавшейся минимальной мозговой дисфункции.

Последние два фактора дизонтогенеза — комплекс эмоциональной привязанности и депривации по существу являются психосоциальными.

Аномальные дети – дети с врожденными или приобретенными нарушениями физического и психического развития. Термин произошел от греческого *anomalos* – неправильный и в широком смысле слова им обозначают детей, имеющих более или менее выраженные нарушения в своем развитии, однако практически понятие «аномальные дети» до недавнего времени употребляли по отношению к детям, которые вследствие серьезного психического или физического дефекта должны были обучаться в специальных учебных заведениях. К детям с нарушениями в развитии относят умственно отсталых; неслышащих, слабослышащих, позднооглохших; незрячих и слабовидящих; детей с тяжелыми речевыми нарушениями, нарушениями опорно-двигательного аппарата; задержкой психического развития; с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы (ранний детский аутизм); множественными нарушениями. Они нуждаются в комплексной реабилитации, сочетающей медицинскую, психолого-педагогическую и социальную помощь, причем помощь индивидуализированную. Современным эквивалентом термина «аномальные дети» являются термины **«дети с ограниченными возможностями»**, **«дети с особыми нуждами»** и **«дети с особыми образовательными потребностями»** («children with special needs»). Впервые понятие «особые образовательные потребности» было рассмотрено в контексте культурно-исторической теории Л.С. Выготского в работе Е.Л. Гончаровой, О.И. Кукушкиной в 1996 г.

Ребенок с особыми образовательными потребностями – термин, который возникает во всех странах мира при переходе от унитарного к открытому гражданскому обществу, когда оно осознает необходимость отразить в языке свое меняющееся отношение к детям с нарушениями в развитии, новое понимание их прав. В настоящее время он вытесняет из широкого употребления термины «аномальный ребенок», «ребенок с нарушениями в развитии», «ребенок с отклонениями в развитии» и конкретизирующие их специальные термины («дебил», «идиот», «даун», «олигофрен», «алалик», «дизартрик», «аспи» и др.) как ярлыки, воспринимаемые в качестве обозначения ненормальности, неполноценности человека.

Определим, в чем именно нуждаются такие дети.

Они нуждаются в том, чтобы:

- первичное нарушение в развитии было выявлено как можно раньше;
- специальное обучение начиналось сразу же после диагностики первичного нарушения в развитии независимо от возраста ребенка;
- в содержание обучения были введены специальные разделы, направленные на решение задач развития ребенка, отсутствующие в содержании образования нормально развивающегося сверстника;
- строились обходные пути обучения, использовались специфические средства и методы, которые не применяются в традиционном образовании;
- регулярно осуществлялся контроль за соответствием выбранной программы обучения реальным достижениям, уровню развития ребенка;
- пространственная и временная организация образовательной среды соответствовала возможностям ребенка;
- все окружающие взрослые были подготовлены и реально участвовали в решении задач реабилитации ребенка, их усилия были скоординированы;
- реабилитация средствами образования не заканчивалась периодом школьного обучения;
- процесс реабилитации осуществлялся квалифицированными специалистами, компетентными в решении развивающих и коррекционных задач.

Выражая отказ общества от деления людей на полноценное большинство и неполноценное меньшинство, новый термин означает не просто замену прямолинейного грубо звучащего понятия более мягким, это отказ от маркировки ребенка и смещение акцентов в характеристике детей с недостатков, нарушений к фиксации их потребностей в особых условиях и средствах образования. Новый термин подчеркивает ответственность общества за выявление и реализацию этих потребностей. Противоречие между этимологией старых понятий и современным их содержанием обозначилось после ратификации в 1991 г. Российской Федерацией Конвенций ООН «О правах инвалидов» и «О правах умственно отсталых», когда обществом была осознана необходимость отказа от употребления терминов, указывающих на дефект и начавших восприниматься как определения уничижительного характера. В число таких неприемлемых «ярлыков» входят термины «аномальные дети», «аномальное развитие». Однако как научные эти понятия продолжают использоваться специалистами в данной области, применяются они и в языке междисциплинарного общения.

Психодиагностика - выявление и оценка особенностей личности с целью определения характера атипичности развития.

Дефект - лат. defectus - отпадение, убывание, недостаток. Неспособность функционировать вследствие такого недостатка. Дефект – какой-либо телесный недостаток. Всякий дефект следует рассматривать с точки зрения его отношения к центральной нервной системе и психическому аппарату ребенка. В деятельности нервной системы различают три отдельных аппарата, выполняющих различные функции: воспринимающий, ответный и центральная нервная система. Недостаток каждого из трех аппаратов по-разному влияет на развитие ребенка и его воспитание. Соответственно этому следует различать три основных типа дефекта: повреждение или недостаток воспринимающих органов (слепота, глухота, слепоглухота), повреждение или недостаток частей ответного аппарата, рабочих органов (калеки) и недостаток или повреждение центральной нервной системы (слабоумие). [5]

Структура дефекта. В основе данного понятия лежит выделение Л.С. Выготским системы дефектов. Его теория о сложной структуре аномального развития ребенка,

системном строении дефекта отвергла представление об изолированном выпадении одной функции вследствие поражения какого-либо анализатора или заболевания ребенка. Дефект вызывает ряд отклонений и создает сложную структуру атипичного развития. Л.С. Выготский предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов:

– первичные – нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни, и

– вторичные, возникающие опосредованно в процессе социального развития. Вторичный дефект является основным объектом в психологическом изучении.

Современный взгляд на структуру дефекта предусматривает клинический или клинико-психологический подход, при котором первичные нарушения связаны с повреждением центральной нервной системы, вторичные – с недоразвитием психики, а также психологический подход, при котором первичным дефектом является нарушение психических функций, вторичным – недостатки познавательной деятельности, и выделяет третичные недостатки в формировании личности в целом. Именно вторичные и третичные наслоения на дефект определяют своеобразие поведения ребенка. В связи с этим главная задача в предупреждении, ослаблении или преодолении возникающих опосредованно нарушений средствами психолого-педагогической коррекции.

Коррекция (от лат *correccio* – исправляю) – форма психолого-педагогической деятельности, направленная на исправление недостатков, отклонений в развитии детей. В специальной психологии термин употребляется в частном значении – исправление отдельных нарушений, например недостатков звукопроизношения, коррекция близорукости с помощью очков и т.д., в общем значении – коррекционно-воспитательная работа как система средств, направленная на сглаживание вторичных недостатков. В этом смысле коррекция должна осуществляться комплексом психолого-медико-педагогических средств с помощью специальных методов и с опорой на сохранные функции.

Говоря о психологической коррекции, следует иметь в виду не только исправление нарушений познавательной сферы средствами коррекционно-развивающего обучения, но и помощь детям в критические периоды, связанные с ростом личностного самосознания. Известно, что всплеск социальной дезадаптивности, вызванный неустойчивостью психических процессов, высокой тревожностью и агрессивностью, наблюдается у аномальных детей в период поздней диагностики нарушений и как следствие переводом в другой тип учебного заведения, а также в подростковом возрасте в связи с расширением «диапазона конфликтной сферы»: осознание изолированного обучения от нормально развивающихся подростков стимулирует к интенсивным поискам своего места в популяции сверстников, длительное пребывание в замкнутом коллективе и ограничения в возможностях реализации внешкольных интересов, оторванность от семьи и переживание конфликтных отношений в ней. Все это требует психологической коррекции.

В истории развития специальных методов лечебной педагогики долгое время популярным был так называемый «метод психической ортопедии», заключающийся в тренировке, воспитании функций анализаторов и моторики. Л.С. Выготский подверг критике данный метод, говоря, что при этом центр тяжести в коррекции переносится на менее воспитываемые функции, а там, где они все же уступают педагогическому воздействию, это происходит за счет развития высших психических функций. Ребенок научается лучше распознавать звуки и цвета не потому, что утончаются зрение и слух, а за счет развития мышления, произвольного внимания, памяти.

Однако этот тезис противоречив и не убеждает, а, наоборот, подтверждает полезность применения метода, получившего сегодня название «перцептивного тренинга».

Следует отметить, что в связи с развитием прикладной возрастной психологии, произошла своеобразная экспансия термина «коррекция» на область нормального психического развития. Здесь им обозначается деятельность, направленная на создание оптимальных возможностей и условий для психического развития в пределах нормы. В отличие от симптоматической коррекции в специальной психологии коррекция при нормальном развитии ребенка направлена на источник и причины отклонений.

Компенсация – это сложный многообразный процесс перестройки функций организма при нарушениях или утрате каких-либо функций. В основе компенсации лежат нейропсихологические механизмы замещения функций одних пораженных зон коры головного мозга другими. Таким образом, компенсаторные возможности у слепых в виде развитых тактильно-вибрационных ощущений, у глухих – обостренное зрительное восприятие и зрительная память – не возникают сами по себе, а формируются в ходе их развития и в результате специальной работы. В процессе компенсации решающая роль принадлежит социальным факторам. По словам Л.С. Выготского, в процессе компенсации вступает в действие «закон превращения минуса дефекта в плюс компенсации».

Психопрофилактика - Мероприятия, направленные на создание адекватных условий индивидуального, семейного, образовательного развития психологической сферы ребенка с целью предотвращения вторичных нарушений, которые могут возникнуть на базе первичных отклонений развития.

Психологическая реабилитация - восстановление поврежденных функций в пределах психофизиологических возможностей ребенка

Социально-психологическая адаптация – по отношению к детям с нарушениями в развитии это приспособление их к условиям жизни и труда в обществе, приведение индивидуального и группового поведения детей в соответствие с системой общественных норм. Ближе к этому термину примыкает понятие «социальная реабилитация», под которым понимается включение детей с ограниченными возможностями в социальную среду. Оба этих понятия могут быть объединены термином «социализация».

В общие задачи социальной адаптации по отношению ко всем детям с особыми потребностями входят их оптимальная профориентация и трудоустройство, развитие адекватной самооценки и оценки окружающих.

Проблема социальной адаптации детей с нарушениями в развитии должна решаться с раннего детства и до преклонного возраста и включать в себя не только подготовку к основному занятию (учению, труду, статусу неработающего инвалида и т.д.), но и другим жизненным ролям, включая создание семьи и выполнение гражданских обязанностей. Важно, чтобы на всех этапах социальной адаптации, кроме психологов и педагогов, были активно задействованы родители и общество в целом. Большую роль в социальной адаптации детей-инвалидов играют общественные организации, занимающиеся проблемами лиц с отклонениями в развитии. Они содействуют принятию соответствующего законодательства, осуществляют связь с семьей, со средствами массовой информации, выступают в защиту прав аномальных детей, обнародуя факты их дискриминации, способствуют увеличению значимых контактов между детьми с нарушениями в развитии и нормально развивающимися детьми. В нашей стране, не смотря на небольшое число общественных организаций, все чаще проводятся мероприятия, способствующие социальной адаптации детей, – олимпийские игры и спортивные соревнования инвалидов, фестивали творчества, выставки прикладного искусства и т.д.

Интеграция - (от лат. integratio – соединение, восстановление) внедрение ребенка с атипией развития в среду нормально развивающихся сверстников. Составной частью интеграции детей с отклонениями в развитии в общество является их интеграция в

общеобразовательные учреждения, где они получают возможность совместного обучения с нормально развивающимися сверстниками. Главным условием интеграции в России является приведение в соответствие потребностей детей с психическими и физическими нарушениями с системой образования, остающейся в целом неизменной: дети с ОВЗ в массовой школе, не приспособленной для них. Иначе говоря, ребенок должен соответствовать стандартам системы образования.

Плюсы:

1. Сохранение детско-родительских отношений и возможность полноценного участия ребенка в повседневной жизни своей семьи.
2. Обретение опыта социального взаимодействия со сверстниками и взрослыми.
3. Полноценная речевая среда. В результате постоянного общения со слышащими детьми вырабатывается привычка к общению со слышащими, и в дальнейшем это позволяет легче адаптироваться к обучению в массовом среднем или высшем учебном заведении совместно со слышащими.

Минусы:

Сложные акустические условия в помещении классной комнаты или спортзала, большая количественная наполняемость класса, расстановка учебных столов, лекционная форма подачи учебного материала или постоянная работа на уроке в режиме полилога, значительный и разнообразный по лексическим, грамматическим, фонетическим и фонематическим признакам речевой материал.

ПОЛИЛОГ – разговор многих участников (ср. диалог – разговор двух участников).

1. Плохо говорящий ребенок, не всегда правильно понимающий смысл того или иного слова или фразы, часто оказывается предметом насмешек.
2. Сложности усвоения норм социального поведения, незнание которых может сделать ребенка еще и социальным инвалидом.
3. По мере осознания себя непохожими на других, неслышащие дети как бы воздвигают стену между собой и слышащими сверстниками, отказываясь общаться с ними, замыкаясь на себе самих или, если в группе присутствуют дети с аналогичными проблемами, образуют отдельную группу.
4. Неслышащий ребенок, привыкший к повышенному вниманию в семье, в массовом учебном заведении становится одним из многих, что может быть причиной дискомфорта или стресса.
5. Дети с тяжелой потерей слуха редко приобретают себе друзей среди слышащих, и у них часто развивается чувство собственной неполноценности.
6. Незнание особенностей развития детей с ОВЗ и зачастую нежелание педагогов образовательного учреждения работать с таким ребенком.

Практика показала, что педагог, изначально сфокусированный на работу с обычными детьми в общеобразовательной школе и оказавшийся в условиях интегрированного обучения, не обладает знаниями о специфике обучения детей с ограниченными возможностями, не владеет специально-педагогическими умениями и навыками, и, следовательно, не может оценить степень нарушения и спрогнозировать пути дальнейшего развития такого ребенка. Более того, возникает эмоциональная напряженность во взаимоотношениях между педагогами, учащимися с особыми образовательными потребностями и их родителями. В таком положении становится невозможной не только коррекционная работа, но и весь процесс обучения в целом. Это явление В.И. Лубовский назвал «вынужденной интеграцией».

Инклюзивное образование - инклюзия (от англ. inclusion – включение). (включающее образование, совместное обучение) – это также процесс обучения детей с особыми

потребностями в обычных общеобразовательных школах вместе со сверстниками. Но инклюзивное образование – более широкий процесс интеграции, подразумевающий одинаковую доступность образования для всех детей и развитие общего образования в плане приспособления к различным нуждам всех детей. Это реформирование школ, перепланировка учебных помещений так, чтобы они отвечали нуждам и потребностям всех без исключения детей. То есть, процесс обучения подстраивается под нужды и потребности развития ребенка.

В мировой школьной практике инклюзия рассматривается исключительно как обучение детей с нарушениями развития в обычных общеобразовательных школах вместе со сверстниками.

В международной практике (ЮНЕСКО) термин «интегрированное образование» (integration) был заменен термином «инклюзивное образование».

Включение детей с особенностями в развитии в образовательный процесс в массовых школах по месту жительства, то есть инклюзивное образование – новый подход для российского образования.

Плюсы:

1. Создание в общеобразовательном учреждении специальных условий обучения для детей с особыми образовательными потребностями.
2. Создание гибкой адаптивной образовательной среды, которая может соответствовать образовательным потребностям всех детей-учащихся данного образовательного учреждения.
3. Обучение в условиях общих классов массовой школы, с предоставлением ученику необходимой психолого-педагогической поддержки профильными специалистами.
4. Подготовка ученического, педагогического и родительского коллективов к принятию детей с ОВЗ и создание таких условий обучения, которые являлись бы комфортными для всех детей и детей с нарушениями слуха в частности и способствовали бы достижению максимального уровня развития, а также социальной реабилитации ребенка и его интеграции в общество.
5. Формирование в сообществе (класс, группа, школа) навыков толерантности, т.е. терпимости, милосердия, взаимоуважения.

Минусы:

В идеале никаких минусов быть не должно, поскольку инклюзивное образование способствует улучшению качества жизни детей, особенно детей из социально уязвимых групп и оздоровлению общества в целом. Но, учитывая наши социально-экономические условия и уровень общественного сознания, инклюзивное образование в России носит пока экспериментальный характер.

Развитие системы инклюзивного образования в нашей стране, требует принципиальных изменений в системе не только среднего (как «школа для всех»), но и профессионального и дополнительного образования (как «образование для всех»). До сих пор отсутствуют общегосударственные правовые и финансово-экономические нормы, касающиеся основ инклюзивного образования детей с особенностями развития.

На сегодняшний момент можно выделить несколько барьеров для инклюзивного образования:

- Отсутствие гибких образовательных стандартов.
- Несоответствие учебных планов и содержания обучения массовой школы особым образовательным потребностям ребенка.

- Отсутствие специальной подготовки педагогического коллектива образовательного учреждения общего типа, незнание основ коррекционной педагогики и специальной психологии.

- Отсутствие у педагогов массовых школ представлений об особенностях психофизического развития детей с ОВЗ, методиках и технологии организации образовательного и коррекционного процесса для таких детей.

- Недостаточное материально-техническое оснащение общеобразовательного учреждения под нужды детей с ОВЗ (отсутствие пандусов, лифтов, специального учебного, реабилитационного, медицинского оборудования, специально оборудованных учебных мест и т.д.).

- Отсутствие в штатном расписании образовательных учреждений общего типа дополнительных ставок педагогических (сурдопедагоги, логопеды, педагоги-психологи, тифлопедагоги) и медицинских работников.

Десегрегация школ, расширение доступа к образованию (widening participation) Идеи интеграции лиц с отклонениями в развитии в 70-е годы возникают и реализуются в контексте либерально-демократических реформ, общественного противостояния идеям дискриминации людей по расовому, половому, возрастному, национальному, политическому, религиозному, этническому и другим признакам. Борьба против дискриминации способствует формированию новой культурной нормы – уважения к различиям между людьми. Именно в этом широком антидискриминационном контексте специальные школы и интернаты признаются учреждениями сегрегационными, а изолированная от массовой система специального образования – дискриминационной. И если на предшествующем этапе эволюции общество боролось за организацию специальных учебных заведений, то теперь оно стало рассматривать помещение ребенка в специальную школу как нарушение его прав и «навешивание социального ярлыка».

Плюсы:

Педагогами таких учебных заведений являются профильные дефектологи (тифлопедагоги, сурдопедагоги, логопеды, олигофренопедагоги), знающие особенности детей, методы и методики обучения. Учебные заведения оснащены всем необходимым для обеспечения обучения: звукоусиливающая аппаратура для плохослышащих, тифлотехника для плоховидящих, ортопедическая техника для детей-опорников и пр.

ТИФЛОТЕХНИКА – отрасль приборостроения специального назначения, относящаяся к разработке технических средств для обучения, политехнической, производственной подготовки, трудовой деятельности и культурно-бытового обслуживания слепых, слабовидящих и слепоглухих, а также для коррекции, развития, восстановления зрения.

Минусы:

Дети с проблемами здоровья изолированы в значительной мере, как от семьи, так и от нормально развивающихся сверстников, и замыкаются в особый социум, внутри которого и осуществляется специальное образование.

Мэйнстриминг – программы совместных занятий и проведения досуга детей-инвалидов и обычных детей. Такие программы представляют собой мощное средство социального обучения детей и подростков.

Плюсы:

1. Развитие таких важных навыков и личностных качеств учащихся, как: социальная компетентность (гибкость, эмпатия и заботливость, способность позитивной коммуникации, креативность);

2. навыки решения проблем (умение вырабатывать альтернативные решения, планировать);
3. независимость, ощущение силы, уверенности, самоуважение, эффективность, самоконтроль, адаптивное дистанцирование (например, умение сказать «нет», не быть втянутым в опасную ситуацию);
4. навыки целеполагания (формирование нормальных, или «здоровых», ожиданий и установок, умение до определенной степени контролировать окружение, целеустремленность).

ЭМПАТИЯ (от греч. *empathia* – сопереживание) – категория современной психологии, означающая способность человека представить себя на месте другого человека, понять чувства, желания, идеи и действия другого, на произвольном уровне.

Минусы:

Общение ограничивается временными рамками мероприятия и часто носит формальный характер. Обе стороны могут быть не удовлетворены своими отношениями со сверстниками.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Дайте определение специальной психологии как науки. Обоснуйте выделение специальной психологии в отдельную отрасль человеческого знания.
2. Охарактеризуйте место специальной психологии в системе наук. Раскройте ее внутрисистемные и междисциплинарные связи.
3. Проанализируйте категориально-понятийный аппарат специальной психологии. Сравните, как трактуются эти категории в работах разных авторов. Раскройте ваше представление о психодиагностике, психокоррекции, психопрофилактике.
4. Раскройте историю развития специальной психологии.
5. Раскройте вклад отечественных исследователей в развитие специальной психологии.
6. Объясните теоретическое и практическое значение специальной психологии на разных этапах ее развития.
7. Заполни таблицу: «Основные категории специальной психологии».

Основные категории специальной психологии

| | |
|-------------------------------------|--|
| Аномальные дети | |
| Аномальное развитие | |
| Дизонтогенез | |
| Онтогенез | |
| Дефект | |
| Психопрофилактика | |
| Психодиагностика | |
| Психокоррекция | |
| Психологическая реабилитация | |
| Психологическая компенсация | |
| Социально-психологическая адаптация | |

8. Понимание потенциальных возможностей людей с ограниченными возможностями здоровья инициировало появление различных концепций включения их в нормальную жизнь общества. Расскажите об этих подходах, их плюсах и минусах.

Литература

1. Богдан Н.Н., Могильная М.М., редактор: Александрова Л.И. Специальная психология: [Электронный ресурс] // Сайт цифровых учебно-методических материалов ВГУЭС // abc.vvsu.ru, методическое обеспечение учебного процесса. Режим доступа: http://abc.vvsu.ru/Books/up_spec_psihologija/page0025.asp
2. Гончаров Е.Л. Специальная психология: [Электронный ресурс] // Альманах Института Коррекционной Педагогике РАО 2002г, № 5. Режим доступа: <http://almanah.ikprao.ru/ru/articles/almanah-5#ccat>
3. Комлева Г.М. Интеграция, инклюзия: плюсы и минусы: [Электронный ресурс] // Интернет-журнал «Отоскоп» 2002-2010 Центр коррекции слуха и речи "Мелфон". Режим доступа: <http://www.otoskop.ru/rus/2009/12/integraciya-inklyuziya-plyusy-i-minusy/>
4. Малофеев Н.Н. Постановление ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе наркомпросов» и развитие специальной школы: [Электронный ресурс] // Альманах института коррекционной педагогики: научно-методический журнал 2011, №15. Режим доступа: <http://almanah.ikprao.ru/ru/articles/almanah-15>
5. Словарь Л. С. Выготского: [Текст] / под ред.: Леонтьев А. А. Издательство: М.: Смысл, 2010г. 119с. ISBN: 978-5-89357-263-6
6. Сорокин В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. ред. Л.М. Шипицыной. — СПб.: Речь, 2003. — 216 с.
7. Усанова, О.Н. Специальная психология: [Текст] / О.Н.Усанова. – СПб.: Питер, 2006. – 400 с.

Лекция 2. МЕТОДЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Цель: Познакомить студентов с методами специальной психологии; изучить их виды; проанализировать практические возможности использования различных методов специальной психологии опираясь на ее принципы и методологию.

План:

1. Методология специальной психологии;
2. Принципы специальной психологии: философские, общепсихологические и принципы специальнопсихологические;
3. Методы исследования в специальной психологии;
4. Сбор и обработка информации в результате проведения психологического исследования;
5. Методы профилактики в специальной психологии;
6. Методы воздействия в специальной психологии.

Многоплановые исследования в области специальной психологии в нашей стране основываются главным образом на методологии общей психологии, теориях ведущих отечественных психологов. Особо следует выделить: теорию деятельности А.Н. Леонтьева; теорию поэтапного формирования умственных действий П.Я. Гальперина; теорию мозговой локализации высших психических функций А.Р. Лурия; идеи Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития ребенка; современные теоретические представления о социализации и социальных влияниях.

Методология специальной психологии базируется на принципах диалектического материализма. Они составляют философскую основу представлений о культурно-исторической обусловленности человеческой психики, формировании психических процессов под влиянием социальных факторов, опосредованном характере этих процессов, ведущей роли речи в их организации [5, с. 47] .

Выделяют следующие **принципы специальной психологии**.

Принцип детерминизма. Согласно этому принципу каждая атипия развития обусловлена специфическим соотношением биологических и социальных факторов и своеобразна по механизмам своего возникновения.

Принцип развития представляет собой положение, согласно которому психика может быть правильно понята, только если рассматривается в непрерывном развитии.

Принцип деятельности связан с представлением о том, что психика формируется в деятельности.

Принцип единства сознания и деятельности представляет собой утверждение, что их единство неразрывно и что сознание образует внутренний план деятельности человека.

Наряду с философскими и общепсихологическими принципами специальная психология основывается на ряде принципов, имеющих более специфичное научное значение.

Принцип комплексности предполагает, что вскрытие глубоких внутренних причин и механизмов возникновения того или иного отклонения осуществляется группой специалистов (врачи, педагоги-дефектологи, логопед, психолог, социальный педагог). Используется не только клиническое и экспериментально-психологическое изучение

ребенка, но и другие методы: анализ медицинской и педагогической документации, наблюдение за ребенком, социально-педагогическое обследование, а в наиболее сложных случаях - нейрофизиологическое, нейропсихологическое и другие обследования.

Принцип системного структурно-динамического изучения опирается на представление о системном строении психики и предполагает анализ результатов психической деятельности на каждом из ее этапов. Системный анализ в процессе психологической диагностики предполагает не только выявление отдельных нарушений, но и установление взаимосвязи между ними, их иерархии.

Принцип качественного анализа результатов психодиагностического изучения ребенка включает следующие параметры:

- отношение к ситуации обследования и заданиям;
- способы ориентации в условиях заданий и способы выполнения заданий;
- соответствие действий ребенка условиям задания, характеру экспериментального материала и инструкции;
- продуктивное использование помощи взрослого;
- умение выполнять задание по аналогии;
- отношение к результатам своей деятельности, критичность в оценке своих достижений.

Качественный анализ результатов психодиагностики не исключает количественной оценки результатов выполнения отдельных диагностических заданий.

Методы специальной психологии можно подразделить на три большие группы: **методы исследования, методы профилактики и методы воздействия.**

В свою очередь, **методы исследования** слагаются из *методов сбора информации и методов ее обработки.*

Научный метод - это исторически выработанный способ получения достоверных сведений об изучаемом предмете. К методам, которыми пользуется специальная психология, относятся: эксперимент, наблюдение, беседа, сбор анамнестических данных и ряд других.

Каждый метод имеет свои достоинства и недостатки. Какой метод является ведущим в данный момент, зависит от цели исследования, конкретных условий, мастерства психолога и пр. Своеобразие использования касается, прежде всего, не методов, а методик.

Методика - это конкретное воплощение метода, определенная техника его реализации. Самих методик или техник, в отличие от методов, может быть великое множество.

В практике специальной психологии используются все перечисленные виды, но предпочтение отдается *естественному и формирующему экспериментам.* Благодаря использованию формирующего эксперимента удастся весьма продуктивно решить задачу по дифференциации трех основных характеристик психического развития - возрастных, индивидуальных и патологических.

Методы специальной психологии

| Исследование | | |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Сбор информации | Обработка информации | |
| Изучение документов | <i>Теоретическая</i> | <i>Математическая</i> |
| Изучение продуктов деятельности | Патопсихологическая | Факторный анализ |
| Наблюдение | Нейропсихологическая | Корреляционный анализ |
| Беседа | Социально-психологическая | |
| Эксперимент | | |
| Тестирование | | |
| Анкетирование | | |

В специальной психологии отсутствуют какие-либо особые, специальные методы исследования. В ней, как и в общей, детской и педагогической психологии, применяются:

1. Индивидуальный и групповой лабораторный психологический эксперимент — это активное вмешательство исследователя в деятельность испытуемого с целью создания условий, которые выявляют какой-либо психологический факт. При использовании эксперимента в специальной психологии необходимо помнить о двух особенностях: организационно методическая сторона эксперимента во многом определяется формой нарушения в развитии; большинство методик создано в расчете на здоровых детей и могут оказаться не вполне валидными по отношению к детям с отклонениями в развитии.

2. Наблюдение — целенаправленное восприятие объекта изучения, заключающийся в фиксации проявления поведения и получения суждений о субъективных психических явлениях. Применение метода наблюдения не имеет такой специфики в специальной психологии как эксперимент, и он обязательно дополняется анамнестическим методом. Сбор анамнестических сведений проводится путем *бесед* психолога с родителями, учителями, воспитателями ребенка, путем *анализа имеющейся документации*.

3. Изучение продуктов деятельности(например, анализ письменных работ детей, изучение их рисунков, предметов, производимых ими в процессе трудового обучения и др.

4. Адекватное использование *тестов* может быть весьма продуктивным при условии ясного осознания их возможностей и ограничений. Тестовые техники хороши своей экономичностью, возможностью дать четкую количественную оценку полученному результату, но недостатки методического плана (неизменность процедуры проведения

тестирования, инструкции, времени выполнения задания, стимульного материала, условий выставления оценок и пр.) создают серьезное препятствие в использовании их в специальной психологии. **Анкетирование** — группа психодиагностических методик, где задания представлены в виде вопросов или утверждений и предназначены для получения данных со слов обследуемого. **Проективные методики.**

5. Обучающий эксперимент — форма естественного эксперимента, который характеризуется тем, что изучение тех или иных психических процессов происходит при их целенаправленном формировании. При этом с помощью данного метода выявляется не столько наличное состояние знаний, умений, навыков, сколько особенности их становления.

6. Условно-рефлекторные методики (пробы).

Каждая из методик применяется в определённых целях и с учётом индивидуальных особенностей объекта изучения.

К методам обработки информации современная специальная психология относит все способы анализа и интерпретации полученной информации (классификацию фактов, построение теоретических моделей, создание типологий), а также методы математической статистики (корреляционный анализ, факторный анализ). В свою очередь, выбор методов сбора информации в значительной мере обусловлен *теоретической ориентацией*. Выделяют **патопсихологический анализ** психической деятельности ребенка (Зейгарник Б.В., 1973, 1976; Рубинштейн С.Я., 1970, 1979; Иванова А.Я., 1973, 1976; Лебединский В.В., 1985; Забрамная С.Д., 1988 и др.). Предмет изучения патопсихологов составляли, главным образом, нарушения познавательной деятельности ребенка: расстройства восприятия, памяти, мышления. В специальной психологии патопсихологический анализ использовался в изучении *структуры познавательной деятельности* умственно отсталых детей, позволял решать задачи их отбора во вспомогательные школы. На основе всестороннего изучения аномалий психического развития отечественные дефектологи создали целостную концепцию коррекционного обучения разных групп атипичных детей. Работы Г.М. Дульнева, Т.А. Власовой, Л. В. Занкова, Р.Е. Левиной, В.И. Лубовского, В.Г. Петровой, Б.И. Пинского, И.М. Соловьева и их учеников отражают процесс постепенного познания закономерностей формирования и функционирования психики в условиях нарушения ее развития.

Однако изучение нарушений психического развития с позиций патопсихологии имело в основном *клиническую направленность* - причиной этих нарушений считался "дефект", который понимался в традиционно дефектологическом или психиатрическом смысле.

В последнее десятилетие получил развитие **нейропсихологический анализ** нарушений развития, разработанный научной школой А.Р. Лурия (Цветкова Л.С., 1997; Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., 1997; Семенович А.В., 1998, 2001, 2002; Семаго М.М., Семаго Н.Я., 1998, 2001; Усанова О.Н., 1990, 1995, 2002 и др.).

Нейропсихологический метод исследования, построенный на принципе качественного анализа психических нарушений, позволяет раскрыть структуру интеллектуальной деятельности, недостатки развития мыслительных процессов и причины, их обуславливающие, а также содействовать установлению потенциальных возможностей человека (Леонтьев А.Н., Лурия А.Р., Смирнов А.А., 1968).

Метод позволяет сопоставить нарушения с точки зрения первичности и вторичности их появления и описать системно-динамические перестройки психической деятельности в процессе онтогенеза с позиций ее мозгового обеспечения.

Нейропсихологический анализ применяется и в рамках **социопсихологического подхода** к изучению нарушений развития (Усанова О.Н.; 1990, 1995, 2003). Этот подход предполагает качественный анализ деятельности и поведения ребенка в их неразрывной

связи с состоянием высших психических функций. Предметом изучения служит жизненный опыт ребенка, его игровая деятельность, навыки самообслуживания, интересы, общительность, эмоциональное реагирование на различные ситуации. Внимание исследователя сосредотачивается не только на достижениях ребенка в различных видах деятельности, но и на его потенциальных возможностях. Целевая установка сфокусирована на определении потенциальных возможностей и способов коррекции затруднений, вызванных нарушением развития. Непременным условием социопсихологических исследований является выделение первичных и вторичных симптомов нарушений развития.

В специальной психологии различают первичную, вторичную и третичную **психопрофилактику**.

Психопрофилактика понимается как система мероприятий, направленных на предотвращение нарушений психического развития, их раннюю диагностику и коррекцию, предупреждение рецидивов таких нарушений.

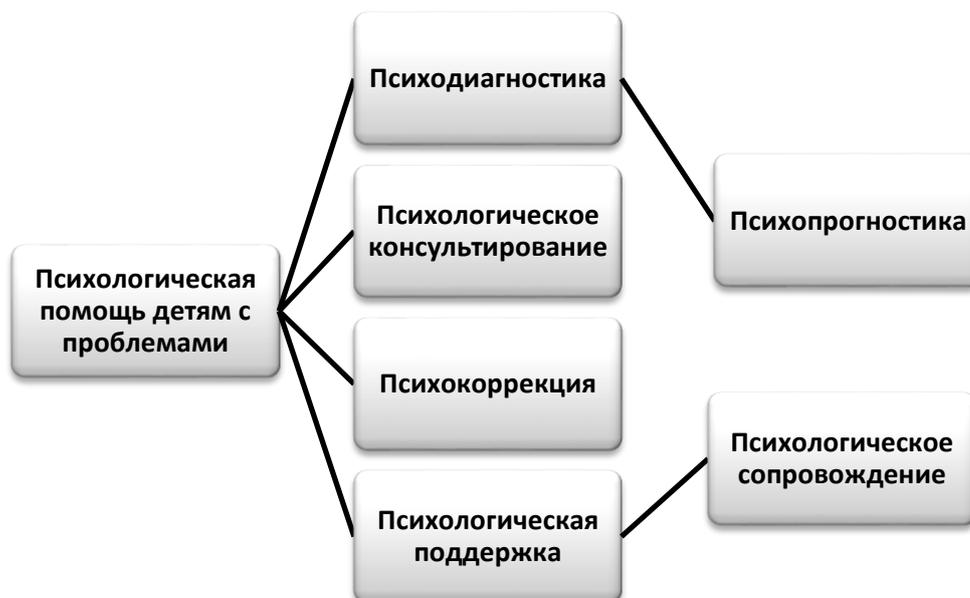
Первичная психопрофилактика должна начинаться в пренатальном периоде и сопутствовать всем этапам развития ребенка, обеспечивая условия наибольшего психологического комфорта для формирования его личности. Она позволяет предотвратить социальную депривацию, школьную дезадаптацию, семейные конфликты, личностные кризисы и способствует созданию благоприятной обстановки для развития психики ребенка, облегчает его воспитание и обучение. Предупреждение нарушений психического развития ребенка осуществляется через работу с его семьей, учителями и обществом в целом.

Первичная профилактика подразумевает психологическое консультирование и социотерапию в широком смысле этого слова.

Вторичная психопрофилактика как метод специальной психологии состоит в раннем выявлении отклонений психического развития, контроле состояния ребенка и оказании ему срочной помощи. В этих целях проводится *психодиагностика* ребенка и семьи, а также *начальная психокоррекционная работа* с ребенком, предупреждающая усиление отклонения и вторичные нарушения.

Третичная психопрофилактика направлена на предупреждение рецидивов нарушений развития. Как метод она осуществляется в форме *психологической поддержки* ребенка и помощи семье в различных видах его обучения и социализации. При этой профилактике учитываются особенности личности ребенка. Третичная профилактика предотвращает декомпенсацию в семейных отношениях, облегчает получение образования и выбор профессии. В успешных случаях индивид приспосабливается к своему дефекту, у него не формируются патологические черты характера [3, с. 103-118].

Схема 2. Мамайчук И.И. Структура психологической помощи детям и подросткам с проблемами в развитии (по Мамайчук И.И., 2001)



Психологическую помощь можно рассматривать двупланово: в широком и в узком смысле этого понятия.

В широком смысле психологическая помощь является системой психологических воздействий, нацеленных на исправление имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств.

В узком смысле психологическая помощь – это один из способов психологического воздействия, направленный на гармонизацию развития личности ребенка, его социальной активности, адаптации, формирование адекватных межличностных отношений [3] С.38-39.

Психокоррекция - это метод психологического воздействия на человека, направленный на те психологические механизмы его взаимодействия со средой, которые нарушают социальную адаптацию. В специальной психологии психокоррекция является основным методом воздействия.

Можно рассматривать этот метод и как систему *психологических* мероприятий, направленных на *исправление, ослабление* или *восполнение*

имеющихся недостатков психического развития детей.

Основные задачи психокоррекции можно представить компактным и психологически содержательным образом:

1. оптимизация социальной ситуации развития ребенка;
2. развитие доступных ребенку видов деятельности и форм активности;
3. формирование соответствующих возрасту психических новообразований.

Различают общую, частную и специальную психокоррекцию. Эти понятия рассматриваются, в частности, в связи с разработкой методов психокоррекционной работы с подростками (Шевченко Ю.С., Добридень В.П., Усанова О.Н., 1995).

Общая психокоррекция подразумевает мероприятия, нормализующие социальную среду ребенка, регулирующие его психофизическую и эмоциональную нагрузку в соответствии с возрастными и индивидуальными возможностями.

Частная психокоррекция в данной классификации представляет собой совокупность психолого-педагогических воздействий как средствами, применяемыми в психотерапии и психокоррекции взрослых, так и специально разработанными для детей и подростков. Частная психокоррекция вооружает специалиста арсеналом средств психологического воздействия, которыми он может наполнить программу индивидуальной или групповой работы.

Специальная психокоррекция - это система мероприятий по воздействию на ребенка или группу детей одного возраста (посредством методик, приемов, организационных мер) в целях формирования определенных психических функций и видов деятельности, исправления отдельных свойств личности. Специальная психокоррекция направлена на преодоление девиации поведения, затруднения адаптации [5, с. 120, 123-124].

Вопросы для самостоятельной работы

1. Назовите основные методологические принципы специальной психологии. Расскажите, как общепсихологические и философские принципы преломляются в контексте специальной психологии; какие принципы являются специфичными для специальной психологии. Раскройте содержание принципов специальной психологии и приведите примеры их реализации на практике.

2. Охарактеризуйте теорию деятельности. Приведите примеры, как потребности ребенка с нарушениями развития определяют содержание и активность его деятельности. Покажите взаимосвязь и взаимозависимость внешней и внутренней деятельности ребенка с нарушениями интеллекта, речи. Приведите примеры внешней и внутренней деятельности ребенка.

3. В чем смысл теории поэтапного формирования умственных действий? Охарактеризуйте основные этапы процесса усвоения умственных действий и покажите специфику этого процесса на примерах разных групп детей с атипичной развития.

4. Раскройте значение основных концепций Л.С. Выготского для специальной психологии. Приведите содержание понятий "актуальное развитие", "зона ближайшего развития", "потенциальное развитие", "уровень развития". Сравните понятия "обучение", "обучаемость", "потенциальные возможности".

5. Раскройте содержание теории А.Р. Лурия о мозговой организации ВПФ. В чем ее суть? Назовите основные свойства ВПФ. Что такое функциональная система? Как используются в специальной психологии методы нейропсихологического исследования? Чем они отличаются от методов других видов психологического исследования?

6. Проанализируйте теорию социализации. Найдите дифференциальные признаки сходства и различия в понятиях "социализация", "воспитание", "развитие личности". Раскройте сущность социального онтогенеза ребенка и обозначьте нарушения социализационных процессов на разных возрастных этапах развития.

7. Назовите методы специальной психологии. Приведите примеры. Проанализируйте специфику методов специальной психологии по сравнению с методами разных отраслей психологии. Покажите возможности применения отдельных методов в психологическом консультировании родителей детей с нарушениями развития. Обозначьте

роль каждого из методов в диагностической, психокоррекционной и реабилитационной работе психолога.

Литература

1. Вачеян Л. А., Воронина С. Н. Введение в специальную детскую психологию: [Электронный ресурс] // Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского. Режим доступа: <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met160/node2.html>
2. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии.- СПб.: Речь, 2003.- 400с. ISBN: 5-9268-0166-4
3. Мамайчук И.И. психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: речь, 2001. -219с.
4. Психокоррекция: теория и практика: [Текст] / Под редакцией Ю. С. Шевченко, В. П. Добриденя, О. Н. Усановой. Научно-практический центр «Коррекция». Москва 1995. – 224с.
5. Специальная педагогика [Текст] / под ред. Н.М. Назаровой. - М., 2000.
6. Специальная психология [Текст]: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский, Т.В. Розонова, Л.И. Солнцева и др.; под ред. В.И. Лубовского. - М., 2003.

Лекция 3. ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ РОСТА, РАЗВИТИЯ. ДИЗОНТОГЕНЕЗ

Цель: рассмотреть общие закономерности психического развития, характерные для нормы и патологии, а также изучить специфику нарушенного развития; произвести анализ различных видов классификаций нарушений психического развития; изучить классификацию дизонтогенеза В.В. Лебединского.

План:

1. Общие закономерности роста и развития: гетерохронность, гармоничность, системность, надежность, иерархизация, непрерывность, необратимость;
2. Явления акселерации и ретардации, причины их возникновения, плюсы и минусы акселерации;
3. Общие закономерности психического развития в норме и патологии и специфика нарушенного развития;
4. Влияния фактора общения, деятельности на психическое развитие. Депривация;
5. Виды теоретических и эмпирических классификаций нарушений психического развития (клинико-педагогический, нейропсихологический, патопсихологический и др.);
6. Шесть форм дизонтогенеза по классификации В.В. Лебединского.

Появление термина "**развитие**" связано с именем *У. Гарвея (1578-1657 гг.)*, который провозгласил известный принцип "*Все живое происходит из яйца*". Но как представлял он себе яйцо? В виде взрослого, но многократно уменьшенного организма, окруженного оболочкой. Причем все части такого микроскопического организма Гарвей считал водянистыми, прозрачными и такими спутанными и извитыми, что для того, чтобы стать видимыми, они должны были в буквальном смысле слова развиться, а потом уже стать непрозрачными, плотными. Так что в результате усиленного употребления слово "развиться" утратило свое первоначальное значение "распутаться" и "раскрутится, распрямится".

В настоящее время под *развитием* в широком смысле слова следует понимать процесс количественных и качественных изменений, происходящих в организме человека, приводящих к повышению сложности организации и взаимодействия всех его систем. Развитие включает в себя три основных фактора: рост, дифференцировку органов и тканей, формообразование.

Рост и развитие, то есть количественные и качественные изменения, тесно взаимосвязаны и обуславливают друг друга. В этом случае рост, как и другие структурные и физиологические особенности организма являются генетически предопределенными в каждом из возрастных периодов. То есть, рост не представляет собой чего-либо самостоятельного, а лишь сопутствует основным качественным изменениям, характеризующим развивающийся организм. Например, формирование двигательной активности ребенка связано с созреванием нервно-мышечного аппарата, с увеличением мышечной массы и изменением свойств мышечной ткани, увеличением количества межклеточных связей в подкорковых нервных структурах и коре головного мозга, участвующих в осуществлении двигательных функций. Качественное совершенствование двигательных функций, в свою очередь, способствует количественному морфофункциональному созреванию мозговых структур, так как вследствие увеличения двигательной активности ребенка более интенсивно идет формирование новых

межклеточных и межзональных связей в подкорковых и корковых образованиях головного мозга. Как и все в природе, всякое количество соответствует некоторому качеству.

К важным **закономерностям роста и развития** относятся неравномерность и непрерывность роста, развития и созревания – **гетерохрония**. Рост и развитие всех органов и физиологических систем организма детей и подростков происходит неодновременно и с разной динамикой, то есть *гетерохронно* (от греч. гетерос - другой, хронос - время).

Прежде всего, развиваются и совершенствуются те органы, функционирование которых необходимо организму. Например, сердце функционирует уже на третьей неделе пренатального развития, а почки формируются значительно позднее. Существует ряд тканей и органов, кривые роста которых существенно различаются. К ним относятся: мозг, череп, органы размножения, лимфатическая ткань и подкожная жировая клетчатка. Эти различия представлены на рис. 1, где мы можем видеть размеры, достигаемые различными тканями к каждому возрасту, выраженные в процентах от общего прироста всей ткани за период от рождения до зрелости. Как видно из графика, изменение длины тела и большей части других его размеров характеризуется одной "общей" кривой (III). Рост органов размножения, как внутренних, так и наружных, в принципе идет по кривой, сходной с общей кривой, но имеет и явные отличия. Так, в предпубертатном периоде рост этих органов замедлен, а в период полового созревания, наоборот, ускорен (кривая IV). Мозг развивается раньше других частей тела и имеет характерные особенности в постнатальном периоде. У новорожденных мозг уже достигает 25% своего дефинитивного веса, у 5-летнего ребенка - 90%, у 10-летнего - 95%.

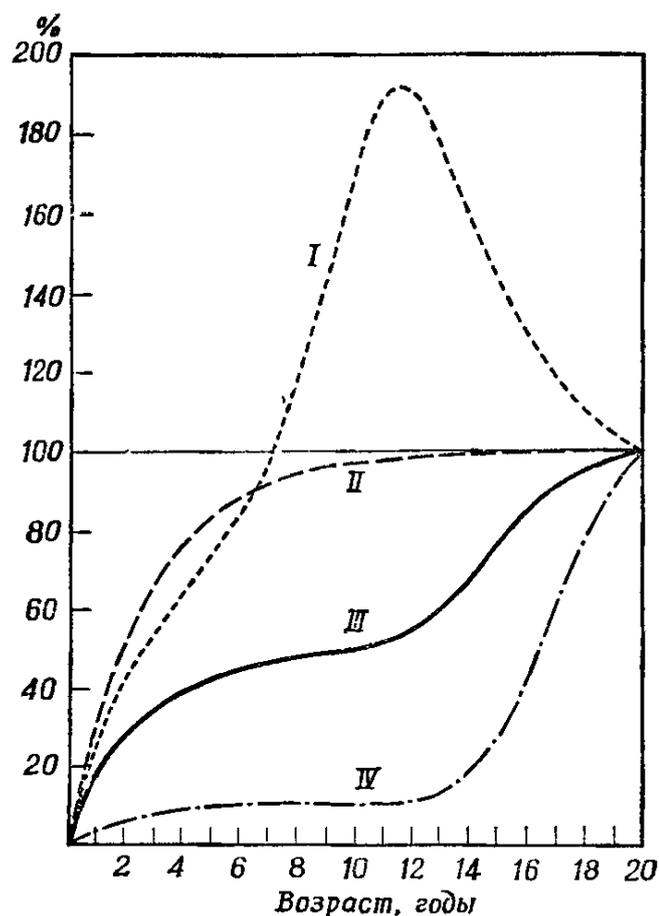


Рис. 1. Кривые роста различных тканей и органов тела, иллюстрирующие основные четыре типа роста. /Tanner, 1962/ По оси ординат достигнутая величина признака выражена в процентах к общему приросту от рождения до зрелости (20 лет), так что величина признака в 20-летнем возрасте соответствует 100%. I-лимфоидный тип, лимфотические узлы, лимфатические массы кишечника; II- мозговой и головной тип: мозг и его части, твердая мозговая оболочка, спинной мозг, глаз, размеры головы; III- общий тип: тело в целом, внешние размеры (за исключением головы), органы дыхания, пищеварения, почки, аорта, легочные артерии, мышечная система, объем крови; IV- репродуктивный тип: яички, придаток, предстательная железа, семенные пузырьки, яичники, фаллопиевы трубы

Лимфатическая ткань миндалин, червеобразного отростка, кишечника и селезенки (кривая I) характеризуется совершенно иначе. Данная ткань достигает максимального развития еще до наступления подросткового периода. Затем она подвергается некоторому обратному развитию до уровня, характерного для взрослых.

Учение о **гетерохронии развития функциональных систем** и вытекающее из него учение о **системогенезе** выдвинул **П.К. Анохин**. По Анохину, под **функциональной системой** следует понимать широкое функциональное объединение различно локализованных структур на основании получения конечного приспособительного эффекта, необходимого в данный момент. Например, функциональная система дыхания, обеспечивающая продвижение тела в пространстве. В этом случае преобразование одних компонентов организма сдвинуты во времени относительно преобразования других, что обуславливает степень зрелости, а, следовательно, и специфику функционирования организма ребенка на разных этапах развития. Вместе с тем, согласно теории П.К. Анохина о

системогенезе, гетерохрония возникновения и развития функциональных систем определяет адаптивные возможности организма, обеспечивая определенный приспособительный эффект на каждом этапе онтогенеза.

Структуры, которые в совокупности должны составить к моменту рождения функциональную систему закладываются и созревают избирательно и ускоренно. Например, круговая мышца рта, а также другие мышцы и структуры, обеспечивающие акт сосания, иннервируются задолго до того, как будут иннервированы другие мышцы лица. Сокращение мышц-сгибателей пальцев (хватательный рефлекс у ребенка) обусловлены развитием нервов, иннервирующих мышцы сгибателей пальцев и т.д. Таким образом, избирательное и ускоренное развитие морфологических образований, составляющих функциональную систему новорожденного, получило название системогенеза. Системогенез как общая закономерность развития особенно четко проявляется на стадии эмбриона.

Гетерохронность развития не отрицает его **гармоничности**, поскольку одновременное созревание морфофункциональных систем организма ребенка обеспечивает ему необходимую их подвижность, надежность функционирования целостного организма, оптимальное его взаимодействие с усложняющимися в процессе развития условиями внешней среды.

Гетерохрония является специальной закономерностью, состоящей в неравномерном развертывании наследственной информации. "Благодаря этой наследственно закрепленной особенности созревания обеспечивается основное требование выживания новорожденного, - писал П.К. Анохин, - это гармоническое соотношение структуры и функции данного новорожденного организма с внезапно возникающим воздействием на него экологических факторов".

Таким образом, гармоничность развития характеризуется тем, что на каждом возрастном этапе онтогенеза функциональные возможности организма детей и подростков соответствуют требованиям, предъявляемым к ним со стороны окружающей среды.

А.А. Маркосян к общим законам индивидуального развития отнес **надежность биологической системы**. По мнению автора, весь путь от зачатия до естественного конца проходит при наличии запаса жизненных сил и возможностей, что обеспечивает развитие и оптимальное течение жизненных процессов при меняющихся условиях среды. Например, в крови человека находится столько тромбина, что его достаточно для свертывания крови у 500 человек. Бедренная кость выдерживает растяжения в 1500 кг, а большая берцовая кость выдерживает нагрузку в 1650 кг, что примерно в 30 раз больше обычной нагрузки на кость. Фактором надежности нервной системы является огромное количество нервных клеток.

Рост - количественная сторона развития. Этот процесс непрерывен и носит волнообразный характер. При рождении рост ребенка равен 50 см и к концу первого года жизни он увеличивается в среднем на 50% и достигает 75-80 см, масса тела при этом утраивается. Затем темпы роста несколько снижаются (вплоть до периода полового созревания). С наступлением пубертатного периода начинается второй скачок роста. За год длина тела увеличивается на 7-8 см. Причем с 11-12 лет девочки несколько опережают в росте мальчиков, в 13-14 - девочки и мальчики растут почти одинаково, а в 14-15 лет юноши обгоняют в росте девушек. Следует учесть, что половое созревание девочек наступает на 1-3 года раньше, чем у мальчиков, что характеризуется и более высоким их ростом. В дальнейшем это превышение сохраняется у мужчин и женщин на протяжении всей жизни. Таким образом, на разных этапах онтогенеза показатели роста меняются с различной скоростью, что свидетельствует о различной интенсивности процессов физического развития детей и подростков.

Аналогичный тип роста характерен и для внутриутробного развития. В этом случае максимальная скорость роста плода характерна для первых четырех месяцев внутриутробного развития. Таким же образом изменяется и вес плода, с той разницей, что максимальная скорость достигается несколько позже - обычно на 34 неделе внутриутробного развития. К моменту рождения скорость роста плода несколько замедляется. Сразу после рождения скорость снова увеличивается.

Большая скорость роста плода объясняется главным образом процессами дифференцировки органов и тканей. По мере роста плода число делящихся клеток во всех тканях уменьшается, и принято считать, что после 6-го месяца внутриутробного развития практически не происходит образования новых мышечных и нервных клеток. В это же время скорость роста линейных размеров резко падает. Таким образом, постнатальный рост, по крайней мере, некоторых тканей сводится к развитию и увеличению уже существующих клеток, а не к образованию новых.

Известно множество **факторов, оказывающих влияние на скорость роста и развития**. Некоторые из них носят наследственный характер и с раннего возраста способствуют ускорению или замедлению физиологического созревания. Другие (питание, время года, психологический стресс) относятся к категории факторов внешней среды и влияют на скорость роста лишь в период своего действия. И, наконец, факторы, представляющие собой результат сложного взаимодействия факторов и среды (например, социально-экономическое положение).

На темпы биологического созревания и старения оказывает влияние характер питания. Умеренное по калорийности с сохранением полноценного белкового состава питания благотворно сказывается на темпах роста, предупреждает наступление ранних старческих изменений. Ограничения в питании, особенно белковое голодание, приводит к задержке роста.

В последние годы было достоверно установлено, что у некоторых детей под влиянием психологического воздействия (эмоциональный стресс) происходит задержка секреции гормона роста, что сказывается, как и первичное отсутствие гормона, на их росте и развитии.

Одним из аргументированных и тщательно проверенных исследований **о роли психологического воздействия на процессы роста являются работы Widdowson**. После войны автор изучал влияние пищевого рациона на развитие осиротевших детей, получавших скудное питание, доступное в Германии в 1948 г. (Рис.2)

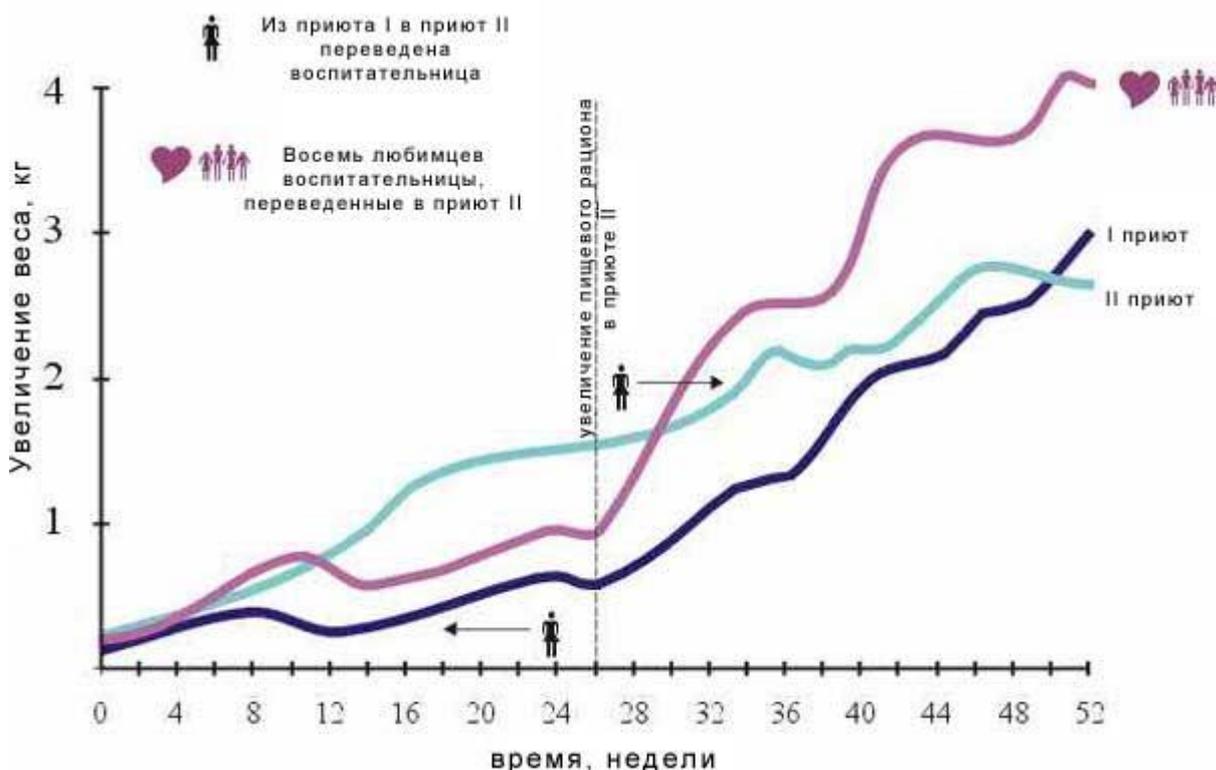


Рис. 2. Изменение веса у детей из двух сиротских приютов (Tanner, 1962)

По плану эксперимента детям из приюта 2 после восьмимесячного контрольного периода давали прибавку к пищевому рациону, а затем сравнивали их вес и рост с ростом и весом детей из приюта 1, не получивших прибавки. Результат оказался прямо противоположным предполагаемому. Хотя дети из приюта 2 во время первого, контрольного периода лучше прибавляли в весе, чем дети из приюта 1, во время второго периода, когда калорийность их рациона была увеличена на 20%, они стали хуже прибавлять в весе. Причина, по мнению автора, заключалась в том, что как раз на рубеже двух периодов одна из воспитательниц была переведена из приюта 1 и стала во главе приюта 2. Она воспитывала детей розгами и обычно выбирала обеденное время для публичного и зачастую несправедливого наказания провинившихся. Исключение составляли лишь восемь ее любимцев, которых она взяла с собой из приюта 1. Эти восемь всегда весили больше, чем другие, и при повышении рациона в приюте 2 стали прибавлять в весе еще быстрее. Тот же эффект, но менее выраженный, наблюдался и в отношении длины тела. Как пишет Виддаусен: *"лучше скудный обед, приправленный любовью, чем жирный окорок, наштапованный ненавистью"*.

Таким образом в процессе роста и развития организма реализуются сложные формы взаимодействия наследственных факторов и влияние внешней среды.

Изменение **пропорций тела** является внешним показателем развития. С возрастом уменьшаются относительные пропорции головы: если у новорожденного высота головы составляет 1/4 длины туловища, то в 2 года - 1/5, в 6 лет - 1/6, а у взрослых - 1/8. Также с возрастом увеличивается абсолютная и относительная длина рук и ног.

До начала периода полового созревания отличия в пропорциях тела отсутствуют. В период полового созревания у юношей конечности становятся длиннее, туловище короче, таз уже, чем у девушек.

Процесс развития необратим и непрерывен. Кроме того, общим законом развития является механизм **иерархизации** - соподчинения. Более молодые и более совершенные функции включают в свой состав, подчиняют себе более "старые", тем самым создавая условия для взаимного развития.

В психологии разновременность формирования разных сторон психики называется **сензитивными периодами**. Кроме всего сказанного, необходимо упомянуть, что психика не только представляет собой внутренний регулятор внешней предметной деятельности, но и сама может развиваться только в условиях этой деятельности. При этом всегда указывается, что развитие психики осуществляется в ведущем для данного возраста виде деятельности. Процесс психического развития можно рассматривать как направленный и спонтанный. Первый представляет собой процесс изменений в психике ребенка под влиянием обучения и называется **функциональным генезом**. Спонтанное развитие - это изменение в процессе **самообучения** путем подражания.

Таким образом, можно дать самое общее определение психического развития как процесса поступательных, непрерывных, необратимых качественных изменений в отражении внешнего и внутреннего мира (в параметрах его полноты, точности, глубины, взаимосвязанности, целостности и т.п.), обеспечивающих все более эффективную саморегуляцию внешней предметной и внутренней психической деятельности, а также повышающих их результативность в плане усвоения социально-исторического опыта.

Под **акселерацией** развития (от латинского *acceleratio* - ускорение) понимают ускорение ростовых процессов, более раннее созревание организма, достижение к периоду зрелости больших размеров. Феномен акселерации особенно в старших детских возрастах многократно освещался в литературе (**Лебединская К.С., 1970; Личко Л.Е., 1979; Ковалев В.В., 1985; Winter K., 1975; Oudschoorn D., 1993**).

Ретардация развития (от латинского *retardatio* - замедление, задержка) - задержка физического развития и формирования функциональных систем организма детей и подростков.

В настоящее время термин "акселерация" употребляется в основном в двух значениях: акселерация внутригрупповая и эпохальная.

Под **внутригрупповой акселерацией** понимают ускорение физического развития отдельных детей и подростков в определенных возрастных группах. В среднем такие дети составляют 13-20% от общего числа детей данного возраста. Для них характерны более высокий рост, большая мышечная сила, большие возможности дыхательной системы. У них значительно быстрее происходит половое созревание, раньше заканчивается рост в длину (обычно к 15-17 годам). Число ретардированных детей внутри возрастных групп достигает 13-20% и это особенно важно учитывать при решении проблем, связанных с созреванием школьников. Определение школьной зрелости учащихся детей позволит своевременно организовывать группы для детей с замедленным физическим развитием, успешное обучение которых возможно при условии адекватной учебно-воспитательной работы.

К **эпохальным** (или долговременным - *long-term trend*) относят прослеживаемые на протяжении тысячелетий и столетий изменения размеров головного мозга, формы черепа и массивности скелета. Сюда включаются также колебания длины тела, изменение продолжительности жизни и др.

Биологические механизмы акселерации пока не выяснены. Причины акселерации также четко не сформированы. Разные авторы выдвигают свои предположения. Большую роль играют экологические факторы, генетические (эффект гетерозиса), и социально-экономические условия жизни человека.

По **Антоновой О.А.**, большинство ученых считают определяющим фактором во всех сдвигах развития - изменения в питании. Они связывают акселерацию с увеличением содержания в пище полноценных белков и натуральных жиров, а также с более регулярным потреблением овощей и фруктов в течение года, усиленной витаминизацией организма матери и ребенка.

Развитие ребенка представляет собой сложный процесс и для каждого индивидуума характеризуется рядом особенностей, определяемых различиями генетического кода и всей мозаикой условий человеческой жизни. Именно поэтому выяснение типов, причин и механизмов изменений, происходящих в организме современного человека, представляется наиболее актуальным.

Результаты исследований убедительно свидетельствуют о том, что основные закономерности психического развития (такие как поступательность, переход количественных изменений в качественные, закрепление изменений в процессе развития через опыт) являются едиными как для нормы, так и для патологии.

Но при общности закономерностей развития в норме и патологии при нарушениях в развитии проявляются и особенности, что выражается в разного рода отклонениях. Анализ отклонений развития показывает, что **нарушенное развитие имеет свою специфику**, характерную в той или иной мере для всех детей этой группы, одновременно отличая их от детей с нормальным развитием.

1. Снижение уровня развития.
2. Трудности социальной адаптации.
3. Нарушения общения.
4. Несоответствие речи возрастным нормам развития.
5. Закономерности познания действительности: изменение способности к приему и переработке информации, нарушение хранения и использования информации, замедление формирования понятий, затруднение упорядочивания информации, недостаточность и специфические особенности словесного опосредования.
6. Наличие потенциальных возможностей развития за счет целенаправленного воздействия на формирование высших психических функций.
7. Способность совершенствования функций лишь до определенного уровня, часто не достигающего возрастных нормативов, а также длительность коррекции функций.
8. Нарушение произвольности психических процессов.

Наряду с закономерностями развития детей, подчеркивающими их трудности, существуют и закономерности положительного характера. Одна из них была выделена В.И. Лубовским при изучении словесной регуляции действий у детей. Это возможность ***выработки новых условных связей без участия словесной системы или чаще при неполном, частичном словесном опосредовании.***

Наличие этой особенности показывает, что нарушенное развитие имеет закономерности, характеризующие уровень отставания в развитии и уровень компенсации.

Правильное понимание общих и специфических закономерностей развития при конкретной форме нарушения зависит от знания характера первичного дефекта и закономерного влияния на образование вторичных отклонений в формировании психики ребенка, которые в совокупности влияют на весь ход психического развития. Исследования разных групп детей с нарушениями психического развития показывают, что каждый вид

развития имеет свои, обусловленные конкретным дефектом, сложные специфические особенности, отличающие одну категорию таких детей от другой [2, с. 62-63, 66].

Весьма часто появление вторичных или системных нарушений рассматривается как почти автоматический процесс. В действительности вторичные отклонения не появляются и не исчезают сами по себе. Их появление и формирование связано с работой многочисленных сложных механизмов.

Первично поврежденная функция сама по себе еще не может вызвать появление вторичных нарушений в развитии. Психическое развитие ребенка, формирование его сознания возможны лишь в процессе общения. Общаясь с ребенком, взрослый передает ему культурно-исторический опыт человечества, усвоение которого и составляет сущность процесса формирования человеческого сознания.

На ранних этапах развития передача культурно-исторического опыта состоит в том, что взрослый раскрывает ребенку способы действия с теми или иными предметами (ложка, вилка, карандаш и пр.), поскольку открыть эти способы самостоятельно ребенок не может. Овладевая способами действия с предметами и, тем самым, входя в мир человеческой культуры, ребенок обретает и человеческое сознание.

Отсюда не сложно понять, что любое первичное нарушение в разной степени и с разных сторон затрудняет процесс передачи и усвоения культурного опыта и тем самым замедляет процесс психического развития, формируя различные системные отклонения.

В процессе своего становления высшие психические функции проходят последовательно две фазы - **интерпсихическую** и **интрапсихическую**. Для первой фазы характерно то, что сама функция всецело не принадлежит ребенку и существует не самостоятельно, а в разделенном виде. Какая-то часть функции реализуется взрослым, а какая-то - ребенком. Только пройдя этот период, психическая функция становится внутренней принадлежностью ребенка - т.е. переходит в интрапсихическую фазу. Когда мы говорим об этом, становится понятна исключительная роль взрослого и общения с ним ребенка в процессе формирования высших психических функций. Любое первичное нарушение способно серьезно осложнить процесс общения ребенка со взрослым, тем самым замедляя темпы формирования высших психических функций. Не случайно неоднократно в научной литературе указывалось на то, что в детском возрасте элементарные психические функции чаще подвергаются повреждению, а высшие - недоразвитию. Описанные механизмы формирования системных отклонений можно обозначить как **коммуникативные**.

Еще один механизм формирования системных отклонений обозначается как **депривационный**.

Негативное влияние разных форм депривации на характер психического развития ребенка известен давно. Своеобразие жизненной ситуации детей с отклонениями в развитии таково, что большинство из них неизбежно вынуждено находиться в депривационной ситуации длительное время. Нарушение слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата и пр. можно рассматривать как первичные клинические формы депривации, сами по себе замедляющие процесс возрастного развития. Но кроме этого, для многих детей с отклонениями в развитии характерными являются ситуации социальной и эмоциональной депривации, типичные для образа их жизни, особенно в дошкольном детстве. Это дополнительно осложняет условия их психического развития.

Наконец, следует указать на **деятельностный** механизм формирования вторичных отклонений. Психика выступает в роли внутреннего регулятора внешней предметной деятельности. Именно поэтому нарушение процесса ее развития как первичное явление обязательно практически при всех формах дизонтогенеза сказывается на развитии моторной сферы, предметных действий и разных форм деятельности. Но тут же срабатывает и

обратная связь. Сама психика, регулируя внешнюю предметную деятельность изнутри, выступая в качестве ее внутреннего плана, в то же время только в этой предметной деятельности и формируется. Все новообразования в процессе психического развития формируются лишь в рамках ведущего вида деятельности. Поэтому замедление в темпах формирования разных видов предметной деятельности является одной из причин отставания в развитии и возникновения вторичных отклонений.

Выделяют еще одно направление в процессе формирования вторичных отклонений - **речевое**. Характеризуя основные свойства высших психических функций, Л.С. Выготский указывал на **прижизненность** их развития, **осознанность и произвольность**, а также на опосредованный характер строения. В качестве опосредующего элемента в структуре ВПФ выступает речь - внешняя и внутренняя, в зависимости от этапа возрастного развития. Поэтому отставание в речевом развитии, характерное для разных форм дизонтогенеза, является еще одной из причин замедления формирования ВПФ [2, с. 50-53].

Г.М. Дульневым и А.Р. Лурия были выделены 5 основных условий нормального психического развития:

- сохранность структур функций ЦНС;
- сохранность анализаторных систем;
- сохранность речевых систем;
- физическое здоровье;
- адекватное возрасту обучение и воспитание.

Классификации отличаются друг от друга тем признаком или признаками, которые укладываются в качестве основы процесса классифицирования. Так, в качестве критерия для основы классификации можно взять: **Признак времени возникновения нарушения.**

Тогда мы должны выделить 2-е большие группы дизонтогенеза:

Врожденные нарушения.

○ Наследственные нарушения всегда врожденны, но не все врожденные являются наследственными.

Приобретенные нарушения.

- Рано приобретенные;
- Поздно приобретенные.

Возрастная граница между ними может быть разной.

Мы можем воспользоваться другим критерием, в качестве которого возьмем **свойство обратимости возникающих нарушений.**

В этом случае мы вправе выделить 3 группы дизонтогенеза:

- **Обратимые,**
- **Необратимые,**
- **Частично обратимые.**

Продолжая говорить о типах классификации, необходимо упомянуть о таких ее разновидностях, где в качестве основного критерия используется **этиологический фактор**, — главная причина возникновения того или иного нарушения в развитии.

Традиционно с точки зрения клинико-психологического подхода выделение 2-ух больших групп нарушений в развитии. Одна из них обозначается термином **ретардация**, под которым понимается **замедление, отставание психического развития любого происхождения**.

Выделяются 2 разновидности ретардации:

Ретардация

- **Общая** (тотальная)
- **Частичная** (парциальная).

Другая большая группа нарушений в развитии называется **асинхрония**, представляющая многообразные их варианты, для которых характерно сочетание:

Асинхрония

- **неравномерность в развитии (гетерохронность)**, как вполне нормального его свойства,
- **несвоевременность формирования** тех или иных психических функций и сторон психики.

Существует объемная классификация по основным критериям нарушения развития. Несложно понять, что в качестве основополагающих критериев в данной классификации использованы **признаки темпа психического развития и последовательности формирования разных сторон психической деятельности** (Рис. 3).



Рис. 3. Классификация по основным критериям нарушения развития

Выделяя разные стороны психического функционирования, мы тем самым получаем определенные критерии для классификаций отклонений от нормального развития. Так, можно говорить о регуляторных и исполнительских функциях психики и, соответственно, о преимущественных нарушениях в той и другой сферах.

Помимо научных, теоретических классификаций, не менее популярны так называемые **эмпирические практикоориентированные классификации**, в основу которых укладывается не заранее заданный критерий, а наиболее часто встречающиеся **признаки, которые группируются по степени сходства**. Эмпирические классификации также множественны и в силу своей практической направленности более популярны. Так, одна из них выделяет следующие группы отклонений в развитии (или группы детей с отклонениями в развитии):

1. Дети с сенсорными речевыми и двигательными нарушениями.
2. Дети с задержкой психического развития.
3. Дети с астеническими, реактивными состояниями и конфликтными переживаниями.
4. Дети с психопатическими психопатоподобными формами поведения.
5. Умственно отсталые дети.
6. Дети с начальными проявлениями психических заболеваний.

Нетрудно заметить отсутствие единого или единых критериев в образовании групп, что вполне типично для эмпирических классификаций.

В современной литературе без особого труда можно найти немало подобных эмпирических классификаций, наиболее популярной из которых, судя по числу ссылок в научных публикациях, является **классификация В.В. Лебединского**, в которой выделяется 6 форм дизонтогенеза.

Выделение параметров дизонтогенеза позволяет систематизировать основные характеристики нарушений психического развития и на этой основе выделить следующие варианты дизонтогенеза:

- 1) **задержанное развитие,**
- 2) **недоразвитие,**
- 3) **поврежденное развитие,**
- 4) **дефицитарное развитие,**
- 5) **искаженное развитие,**
- 6) **дисгармоничное развитие.**

Данная классификация дифференцирует отдельные варианты, исходя из основного качества нарушения развития.

Группы отклонений психического развития

| | | | | | |
|--|----------------------|---|---------------------------|--|---------------------|
| Отклонения, вызванные отставанием развития | | Отклонения, вызванные диспропорциональностью развития | | Отклонения, вызванные поломкой, выпадением отдельных функций | |
| Недоразвитие | Задержанное развитие | Искаженное развитие | Дисгармоническое развитие | Поврежденное развитие | Дефицитное развитие |

Примерами отдельных видов патологии в каждом варианте являются:

- 1 – задержка психического развития (замедление темпов формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних этапах);
- 2 – умственная отсталость (олигофрения);
- 3 – умственная отсталость (деменция);
- 4 – тяжелые нарушения отдельных анализаторных систем (нарушения слуха, зрения, речи, двигательной сферы);
- 5 – ранний детский аутизм;
- 6 – стойкая врожденная или приобретенная диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере (психопатии, патохарактерологическое формирование личности).

Современными исследованиями выделен еще один вариант дизонтогенеза – психосоматический, при котором отклонения в развитии обусловлены соматическими заболеваниями, имеющими психогенную природу.

Знание вариантов дизонтогенеза лежит не только в основе дифференциальной диагностики нарушений в развитии детей, но и важно для выработки оптимального подхода к организации коррекционно-развивающего обучения и реабилитации детей в целом.

В науке не всегда есть необходимость создавать абсолютно новую классификацию. Иногда продуктивнее бывает изменить, расширить, уточнить уже созданную и существующую классификацию. Предпринимаются попытки дальнейшего развития выше приведенной классификации В. В. Лебединского.

С развитием **детской нейропсихологии** наметился еще один подход к классификации нарушений развития (Л.С. Цветкова, Н.К. Корсакова, Ю.В. Микадзе, Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева, А.В. Семенович, О.Н. Усанова и др.). В нем анализируются варианты онтогенеза психики той части детской популяции, которую можно определить как неблагополучную, дезадаптивную относительно учебной (социальной) деятельности.

Наиболее полно нейропсихологический подход к классификации представлен в работах А.В. Семенович (1998, 2000). Ею выделены и подробно описаны синдромы отклоняющегося развития, которые могут служить основой для классификации нарушений. Они дифференцируются на "*синдромы несформированности*" (I) и "*синдромы дефицитности*" (II). Методологически подобное разделение связано с учетом степени зрелости мозговых систем и соответствия этой зрелости возрастному уровню ребенка.

Синдромы несформированности:

1. функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга;
2. функциональная несформированность левой височной области;
3. Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела);
4. функциональная несформированность правого полушария мозга.

Синдромы дефицитарности:

1. функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга;
2. функциональная дефицитарность стволовых образований мозга, дисгенетический синдром [3, с. 169-170].

Тут же отметим, что разные классификации, созданные на основе разных критериев, могут между собой «не стыковаться» или трудно соотноситься. Один и тот же ребенок в разных классификациях попадает в совершенно разные, качественно отличные друг от друга группы. Это связано с тем, что разные классификации создаются для совершенно различных целей— исследовательских и практических.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Сравните понятия «рост» и «развитие», являются ли они синонимами? Какие закономерности роста и развития вы знаете?
2. Приведите основные сведения о распространенности отклонений в развитии. Назовите современные тенденции в исследовании психологических особенностей детей при отклонениях развития с позиций генотип-средовых влияний.
3. Что представляют собой эндо- и экзогенные факторы возникновения отклонений в развитии?
4. Как соотносятся понятия "дизонтогенез" и "болезнь"?
5. Что дают нам знания о причинах нарушенного развития?
6. Проанализируйте различные подходы к классификации нарушений развития. Дайте классификацию атипий с позиций различных подходов (клинико-педагогический, нейропсихологический, патопсихологический и др.). Какие классификации и в каких условиях применяются в настоящее время?
7. Назовите основные категории детей с отклонениями в развитии по В.В. Лебединскому.
8. Выпишите ключевые понятия, характеризующие общие закономерности атипичного развития. Приведите примеры собственных наблюдений и из литературных источников.
9. Выделите позитивные и негативные специфические закономерности проявления отклонений развития.

Литература

1. Лебединский В.В. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: учебное пособие. – М.: Издательство МГУ, 1985. – 167с.
2. Мамайчук И.И. психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. – 220с. ISBN 5-9268-0061-7
3. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 480с. ISBN 5-7695-0530-3
4. Русякова Е.Е. Электронный учебно-методический комплекс «Возрастная анатомия и физиология» для педагогов-психологии [Электронный ресурс]/Е.Е. Русякова. 305Мб. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). Систем. Требования: ПК Pentium, Windows 2000, Microsoft Internet Explorer 6.0. – Свидетельство о регистрации электронного ресурса. – М.: ОФЭРНиО ГАН «РАО». - №15926 от 29.06.2010.
5. Русякова Е.Е. Электронный учебно-методический комплекс «Возрастная физиология» [Электронный ресурс]/Е.Е. Русякова. 350Мб. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). Систем. Требования: ПК Pentium, Windows 2000, Microsoft Internet Explorer 6.0. – Свидетельство о регистрации электронного ресурса. – М.: ОФЭРНиО ГАН «РАО». - №15754 от 02.06.2010.
6. Семенович А.В. нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте учеб. пособие для высш. Учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232с. ISBN 5-7695-0772-1
7. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. – М.: ТЦ Сфера, 2003. – 288с. ISBN 5-89144-303-1

Лекция 4. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФАКТОРОВ СРЕДЫ И НАСЛЕДСТВЕННОСТИ

Цель: Изучить этиологию и патогенез дизонтогений с учетом наследственных и социальных факторов; проанализировать связь между патогенным фактором и нарушением развития.

План:

1. Значение среды и наследственности в физическом и психическом развитии ребенка, концепции и модели развития;
2. Результаты исследований идентичных и неидентичных близнецов по частоте встречаемости среди них некоторых заболеваний;
3. Значимость поиска причин и механизмов нарушенного развития;
4. Биологические, социально-психологические патогенные факторы развития;
5. Связь между патогенным фактором и нарушением в развитии, анатомо-физиологические предпосылки;

Среда - это вся совокупность окружающих человека условий. Эти условия складываются из факторов *неорганической* природы (свет, температура и т. д.), из факторов *органической* природы (разнообразные воздействия, оказываемые на человека другими живыми существами) и *социальных факторов*. Вся совокупность последних может быть объединена понятием "социальная среда": влияние матери, семьи, яслей, детского сада, учебного заведения и т. д. Среда является необходимым условием существования живого организма. Из окружающей среды организм получает все вещества, необходимые для жизнедеятельности, она является для него необходимой социальной ситуацией развития, человек участвует в создании и передаче культурно-исторического опыта, а физиологически в окружающую среду выделяет продукты обмена и своей жизнедеятельности. Поэтому все развитие и существование любого организма следует рассматривать только в единстве со средой.

Наследственность представляет собой способность родительских организмов передавать потомству все свои признаки и свойства, формирование которых происходит в определенных условиях внешней среды.

В настоящее время рассмотрение всех существовавших теорий, касающихся роли наследственных и средовых факторов развития, можно свести к двум концепциям:

Первая концепция признает ведущим фактором развития детей и подростков ту наследственную программу, которую они получили от родителей. Факторам же окружающей среды отводится несущественная роль, или же их влияние отрицается совсем.

Свое начало эта концепция берет от *Платона*, который считал, что все люди - братья, но бог от рождения одним примешал золото, отчего они драгоценны, а другим, земледельцам и мастерам, - железо и медь. Поэтому первые способны быть начальниками, другие - им подчиняться.

Преувеличение роли наследственных факторов в развитии человека в наши дни обусловлено значительными успехами генетики в изучении общих биологических закономерностей и молекулярных механизмов передачи наследственных признаков. Зачастую научные данные, полученные генетиками, стали трактоваться слишком широко, а часто и ошибочно. Нередко в литературе можно встретить высказывание о наследственной обусловленности всех интеллектуальных особенностей ребенка. Так, например, один из

американских психологов *А. Иенсен* считает, что умственные способности человека на 80% контролируются генами и только на 20% - факторами среды.

Большинство генетиков не разделяют подобных убеждений (*Н.Г. Дубинин, В.Н. Столетов, Ш. Ауэрбах и др.*). Даже такой факт, как количество генов, получаемых от родителей ребенком, не позволяет делать категорических выводов о наследственной обусловленности человеческой психики. По мнению генетиков, их количество составляет около 20000. Эта цифра совсем не велика по сравнению с числом всех физических признаков организма человека. Поэтому гены не в состоянии проконтролировать в деталях даже биологическое созревание человека, не говоря уже о контроле над его психикой.

Tabula rasa. *Вторая концепция*, противоположная первой, видит основные движущие силы развития в средовых факторах. Наследственную программу развития эта концепция определяет в ряд второстепенных.

Эта позиция была впервые выдвинута *Аристотелем*, а затем поддержана рядом ученых XVII-XVIII веков. Согласно этим взглядам, ребенок ничего не наследует от родителей и появляется на свет с чистой душой, как восковая дощечка (*tabula rasa*) и воспитатель по своему желанию может написать на ней что угодно. Иначе говоря, опыт является тем основным фактором, от которого зависит все развитие ребенка.

Нетрудно заметить, насколько крайние трактовки дают обе рассматриваемые теории развития ребенка. Если первая концепция о генетической обусловленности всех физических и психических возможностей человека разоружает педагога перед трудностями, которые он встречает в процессе обучения и воспитания ребенка, и делает его пассивным наблюдателем за развитием детей и подростков, то концепция о фатальной роли среды в развитии закрывает возможности создания таких методов педагогического воздействия, которые были бы адекватны биологическим особенностям ребенка. Такой подход к обучению и воспитанию не позволяет организовать своевременную педагогическую коррекцию тех нарушений в развитии детей и подростков, которые обусловлены биологическими причинами.

В настоящее время не вызывает сомнения, что "генный портрет" человека (*генотип*) определяет в значительной степени многие его внешние свойства (*фенотип*). Проявление генного влияния может осуществляться на различных этапах онтогенеза, но большинство фенотипических признаков определяется еще до рождения. Наконец и само проявление генов (мутации) не бывает фатальным, а зависит от факторов внешней среды. Например, наследственное заболевание фенилкетонурией не развивается, если ребенок, содержащий в генотипе гены, вызывающие это заболевание сразу же после рождения переводится на специальную диету.

Таким образом, генетика располагает убедительными фактами, доказывающими существование как строго обусловленных наследованных признаков (например, группы крови, черты лица, пигментация волосяного покрова и многие другие), так и признаков, определяемых в большой степени влиянием внешней среды (например, рост и масса тела, сила и ловкость и другие).

Следует также учитывать, что между генами и внешними признаками не существует прямой связи: развитие одного признака может зависеть от влияния множества генов, а один ген может оказывать влияние на развитие многих признаков. Картина еще более усложняется постоянной коррекцией со стороны внешней среды.

Следовательно, наследственность и среда как факторы развития всегда тесно взаимосвязаны и взаимообусловлены.

Модели процесса развития. Обсуждения взаимодействия тех причин, которые определяют разнообразие организмов, предполагает существование ряда моделей процесса развития (Р. Левонтин, 1993).

1 модель. Гены рассматриваются как реальные детерминанты организма. Гены в таком понимании - это чертежи и планы организма, а средовые факторы - сырье для производства. В такой модели средовые переменные являются общей основой, которая может быть превращена в любой вид организма в зависимости от его генов - как сталь, краска, пластмасса могут быть превращены в грузовики, вагоны, в зависимости от того, какой чертеж использовался.

2 модель (противоположная) рассматривает среду как основную детерминанту фенотипа. Она напоминает контракт на строительство здания, который лишь задает некоторые общие характеристики (пол должен выдержать нагрузку в 30 фунтов на квадратный дюйм, или стены с изоляцией R19 и так далее). Это общие генетические спецификации, но именно средовые параметры детерминируют реальную внешность и структуру организма, совсем как выбор материала - дерева, стали или камня - влияет не только на внешний вид здания, но также на особенности его структуры. Модель подчеркивает приоритет среды в детерминации фенотипа.

Модель 3 - симметричная по отношению к генам и среде. Она включает еще и "шумы развития". Модель напоминает не столько фабрику, сколько мастерскую ремесленника. Столяр - краснодеревщик знает, что он хочет сделать, но в процессе работы материалы с их различием в фактуре и качестве начинают оказывать свое собственное влияние. Так форма ножки стола будет отчасти зависеть от материала. Более того, поскольку это ручная работа, есть некоторые различия в ножках и столах просто потому, что работник не может держать под контролем детали всего процесса. Отношение между геном, средой и организмом не одно-однозначные, а много-многозначные. Зная гены и среду, мы не можем с полной уверенностью предсказать, каков будет организм. И зная организм, мы не сможем точно определить его генотип или среду, в которой он развивался.

Для описания развития человека одних биологических моделей недостаточно. На среду и гены накладывается самосознание человека, которое действует как средство социального взаимодействия и оказывает влияние на индивидуальное развитие. Поэтому изменчивость, существующую среди людей, нельзя понять только на основании биологических принципов. Существуют *законы социальной трансформации* - законы, о которых мы знаем еще очень мало. Именно социальные законы превращают группу людей в человеческое общество. Но они же управляют и развитием индивидуальности каждого человека.

Хотя формирование органов и функциональных систем ребенка в процессе эмбриогенеза находится под контролем генотипа, факторы внешней среды играют не последнюю роль. Хотя и плод относительно хорошо защищен от многих вредных воздействий и получает через плаценту все необходимое ему для существования. Тем не менее, особенно на начальных этапах развития многие факторы, влияющие на материнский организм, оказывают влияние на зародыш (ионизирующее излучение, алкоголь, никотин, антибиотики и др.).

В пренатальном периоде развития есть *критические периоды*, особо чувствительные к внешнему воздействию. Выделяют два таких периода.

Первый включает начало его. В это время происходит закладка всех важнейших органов и неблагоприятные воздействия в этот период чаще приводят к гибели зародыша. В течении *второго* критического периода (с 4 по 7 неделю) происходит дальнейшее развитие всех органов. В этом случае вредные воздействия могут привести к рождению ребенка с различными физическими дефектами. Важным на наш взгляд является факт, что одинаковые

физические врожденные дефекты могут быть связаны и с повреждением генетических структур, и с действием разных неблагоприятных внешних факторов.

Сложность изучения роли среды и наследственности в *неонатальном* развитии детей и подростков определяется выбором методов исследования. Проведение подобных экспериментов на растениях состоит в выделении двух групп организмов, идентичных по генотипу, и помещении этих групп в различные условия существования (светлое и темное помещение). В результате подобных опытов можно сделать вывод, что образование зеленого хлорофилла растений зависит не только от наследственности, но и от факторов внешней среды, в частности, света.

Поэтому наблюдения на людях проводят с помощью близнецового метода, используя группы идентичных или *гомозиготных близнецов* (ИБ), имеющих не только поразительное внешнее сходство, но и почти одинаковые генные "портреты". (Рождение идентичных и неидентичных близнецов (НБ) явление нередкое, в среднем из 100 беременностей одна завершается рождением более чем одного ребенка.)

Для выяснения роли наследственности и среды в физическом развитии и росте ребенка сначала выделяют близнецовые пары, проводят их морфологическое обследование, изучают образ жизни (обычно близнецы, особенно идентичные, имеют сходные интересы и близкие условия воспитания). На основании проведенных анализов устанавливают коэффициент сходства (конкордантность) между близнецами и делают заключение о роли наследственности или среды в развитии тех или иных качеств.

В таблице 1 представлены результаты подобных исследований идентичных и неидентичных близнецов по частоте встречаемости среди них некоторых заболеваний.

Таблица 1

Результаты исследований идентичных и неидентичных близнецов по частоте встречаемости среди них некоторых заболеваний

| Типы близнецов | Шизофрения | Маниакально-депрессивный психоз | Эпилепсия | Туберкулез | Корь |
|----------------|------------|---------------------------------|-----------|------------|------|
| ИБ | 67,0 | 73,1 | 60,8 | 87,3 | 97,4 |
| НБ | 12,1 | 15,2 | 12,3 | 25,6 | 95,7 |

Полученные данные свидетельствуют о значении наследственности в развитии шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии и туберкулеза. Однако в ряде случаев заболевание проявляется только у одного из близнецов. Так, для шизофрении это число составляет 37%, маниакально-депрессивного психоза - 23%, эпилепсии - 39,2%, что говорит о важной роли среды в развитии наследственных заболеваний. Наследственные предпосылки заболеваний не всегда проявляются и часто развитие болезни провоцируют социальные условия жизни. Высокая конкордантность (наличие определённого признака у обоих близнецов) ИБ и НБ по проценту заболевания корью обусловлено лишь острым инфекционным характером болезни (влиянием среды).

С помощью близнецового метода было установлено **важное значение среды в развитии многих морфологических свойств организма.**

Еще большее значение имеет среда для развития психических способностей человека. Свойства памяти, сила произвольного внимания, мыслительная деятельность, черты характера и многие другие человеческие качества определяются не только природными задатками, но и формой, и способом деятельности ребенка, условиями той социальной среды, в которой он развивается.

Не вызывает сомнения, что мозг новорожденного является незрелым в морфологическом и функциональном отношении. Есть основания полагать, что 80-90% нервных клеток, составляющих высшие нервные структуры головного мозга человека созревают только после его рождения. Естественно возникает вопрос: является ли дальнейшее усложнение психической деятельности ребенка результатом развития жесткой генетической программы развития или в этом процессе важную роль играет обучение и воспитание. Если верно последнее, то формирование высшей нервной деятельности ребенка представляет собой лабильный, то есть высоко подвижный процесс, и, следовательно, возможна его рациональная коррекция со стороны родителей и педагогов. Убедительным примером тому являются наблюдения французских ученых. В конце 30-х годов прошлого столетия французская этнографическая экспедиция обнаружила в джунглях Амазонки племя, находившееся по уровню развития в каменном веке. Поскольку основным продуктом питания у них являлся мед, племя назвали "медовой цивилизацией". Перед отъездом во Францию члены экспедиции взяли с собой маленькую девочку. По приезду в Париж она была отдана на воспитание одинокой женщине. Закончив гимназию первой по списку, эта девочка затем окончила университет и стала доктором этнографии, профессором. Известно ее имя - *Мария Ивон*.

Факторы среды могут и негативно сказаться на морфофункциональных и психологических характеристиках развивающегося ребенка (пример - одичавшие дети).

Один из древнейших и наиболее документированных случаев одичания мальчика, названного ребенком-волком из Гессе, произошел в XIV веке. Местные жители стали замечать, что в лесах около городка обитает призрачное существо, которое всякий раз, когда людям случалось натолкнуться на него, быстро скрывалось. Реальное доказательство его существования было получено лишь в 1344 году, когда это существо было поймано. Оно оказалось мальчиком, который совсем одичал, передвигался на четвереньках, как волк, и не владел речью. Установили, что ребенок, которому было примерно восемь лет, провел в диком состоянии половину своей жизни. Согласно свидетельству, мальчик жил с волками, которые приняли его в стаю и защищали как собственного волчонка. Ребенок так привык ходить на четвереньках, что к его ногам пришлось привязывать доски, чтобы помочь ему держаться прямо. Членораздельно говорить он не умел, мог лишь ворчать и издавать звуки, свойственные животным, ел только сырую пищу. Данный факт является далеко не единственным, и в нашем случае убедительно показывает, что среда для человека является мощным фактором развития.

Таким образом, многочисленные данные генетики, физиологии, психофизиологии, педагогики позволяют сделать следующее заключение. Наследственность определяет лишь потенциальные пределы физического и психического развития детей и подростков, степень же развития физических и психических особенностей ребенка зависит от факторов внешней среды. Человек, родившийся даже с самыми благоприятными задатками, но живущий в среде, препятствующей развитию его способностей, превращается в посредственность, поэтому основная нагрузка на развитие интеллектуальных возможностей ребенка приходится на воспитательный процесс и на людей, его осуществляющих: родителей и воспитателей.

Вряд ли может вызывать возражение мысль о том, что любое нарушение в развитии имеет свою причину. Другое дело, что сама эта причина может оставаться неизвестной или

не до конца понятой. Но то, что она существует, — не подлежит сомнению. Положение о причинной обусловленности отклонений в развитии, выглядящее банально, крайне контрастирует со сложнейшим процессом поиска этих причин. Познание причин и механизмов нарушенного развития представляет собой ключевой момент предупреждения и лечения самых разнообразных вариантов отклонений в развитии у детей.

Для психолога знание причин нарушений в развитии имеет несколько иной смысл, чем для клинициста, и, прежде всего, **в плане просветительской и профилактической работы**, а также, в ряде случаев, в определении прогноза.

Биологические по природе патогенные факторы

Круг **биологических по природе патогенных факторов (причин)** весьма широк и разнообразен, в их числе:

Патология наследственного аппарата:

- хромосомные aberrации,
- генные мутации,
- наследственно обусловленные дефекты обмена и др.

Неблагоприятное протекание беременности:

- токсикозы,
- инфекционные и вирусные заболевания матери,
- сердечно-сосудистая и эндокринная патология,
- иммунологическая несовместимость крови матери и плода и др.

Причинная обусловленность:

- термический фактор (перегревание и переохлаждение),
- стрессовые состояния во время беременности,
- радиация,
- неконтролируемое применение лекарственных препаратов,
- использование алкоголя, табака и наркотиков.

В период родов тяжелыми по своим последствиям могут быть:

- родовые травмы,
- асфиксии.

В постнатальный период, как и **в раннем детстве** в целом:

- многообразные инфекционные и вирусные заболевания,
- наряду с черепно-мозговыми травмами, могут стать причиной разнообразных нарушений в развитии.

Биологические по природе патогенные факторы не исчерпывают собой круг причин отклонений в развитии. Не менее разнообразны и опасны **социально-психологические факторы**, к числу которых можно отнести:

- отрыв ребенка от матери или лиц ее заменяющих,
- недостаток эмоционального тепла,
- бедную в сенсорном отношении среду,
- неправильное воспитание,

- бездушное и жестокое отношение и пр.

Во многих случаях приходится говорить об **одновременном действии** как неблагоприятных биологических, так и социально-психологических факторов, что **существенно усугубляет** нарушения в развитии ребенка.

Для психолога важны знания не только причин возникающих нарушений в развитии, но и некоторых закономерностей действия этих причин.

Прежде всего, следует подчеркнуть, что одна и та же причина способна приводить к разным вариантам нарушений в развитии. Вместе с тем, разные патогенные факторы могут стать причиной одного и того же нарушения.

Сказанное означает, что связь между патогенным фактором (причиной) и нарушением в развитии (следствием) носит не прямой, а **опосредованный характер**.

Чем может быть опосредована эта связь?

1. Прежде всего — **фактором локализации патогенного воздействия**, т. е. тем, какие структуры организма и, прежде всего, центральной нервной системы, оказались наиболее подвержены вредоносному воздействию.

2. Другим не менее значимым фактором, от которого во многом зависит конечный эффект, можно считать **силу патогенного воздействия и его повторяемость**.

3. Следующим опосредующим фактором можно назвать **фактор экспозиции**, т. е. **длительности действия патогенного воздействия**.

4. Особая роль принадлежит **возрастному фактору**, т. е. **конкретному возрасту ребенка**. Клинические исследования свидетельствуют о том, что чем младше ребенок, тем тяжелее последствия одного и того же заболевания.

5. И, наконец, не менее важное значение имеет фактор, который условно можно назвать «**компенсаторным**», т. е. **те ответные меры, которыми организм реагирует на факт неблагоприятного воздействия**. При прочих равных условиях сила ответных реакций индивида во многом будет определять конечный эффект от патогенного воздействия.

6. Кроме перечисленных опосредующих факторов, следует указать **фактор своевременности и квалифицированности оказанной ребенку помощи**, в том числе и психолого-педагогической.

В результате получается весьма сложная картина: исходный патогенный агент приводит к определенному типу отклонения в зависимости от различной комбинации описанных опосредующих факторов. Такой **тип связи и обозначается как опосредованный**. От характера опосредования зависит не только конечный результат (тип отклонения в развитии), но и время его проявления. В одних случаях патогенное воздействие оказывает свое влияние **почти сразу** на соответствующем этапе возрастного развития, в других оно может оказаться **отсроченным**, т. е. отделенным, иногда весьма значительным интервалом времени.

Но этим сложность проблемы причинности нарушений в психическом развитии не ограничивается. Исходный патогенный фактор, действуя через систему опосредования, в конечном счете, не сам по себе приводит к отклонению в развитии. В результате этого воздействия формируются так называемые **анатомо-физиологические предпосылки отклонений в развитии**. Они представляют собой относительно устойчивые, резидуальные нарушения органического и функционального характера, выступающие в качестве непосредственной причины отклоняющегося развития.

Подобная цепь причинно-следственных связей четко вписывается в идею **В. В. Ковалева**, по мысли которого психический дизонтогенез можно рассматривать лишь как сторону или следствие процесса общего дизонтогенеза ребенка.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Перечислите факторы оказывающие влияние на развитие ребенка?
2. Какие теории рассматривающие факторы развития вы знаете? Какие модели процесса развития вам известны?
3. Перечислите наследственные и средовые факторы, оказывающие влияние на развитие.
4. Чем объясняется существование многообразных отклонений в развитии?
5. Какая связь между патогенным фактором (причиной) и нарушением в развитии (следствием)? Чем может быть опосредована эта связь?
6. Для чего необходимо знание причин нарушений в развитии психологу?

Литература

8. Лебединский В.В. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: учебное пособие. – М.: Издательство МГУ, 1985. – 167с.
9. Мамайчук И.И. психологическая помощь детям с пролемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. – 220с. ISBN 5-9268-0061-7
10. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 480с. ISBN 5-7695-0530-3
11. Русякова Е.Е. Электронный учебно-методический комплекс «Возрастная анатомия и физиология» для педагогов-психологии [Электронный ресурс]/Е.Е. Русякова. 305Мб. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). Систем. Требования: ПК Pentium, Windows 2000, Microsoft Internet Explorer 6.0. – Свидетельство о регистрации электронного ресурса. – М.: ОФЭРНиО ГАН «РАО». - №15926 от 29.06.2010.
12. Русякова Е.Е. Электронный учебно-методический комплекс «Возрастная физиология» [Электронный ресурс]/Е.Е. Русякова. 350Мб. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). Систем. Требования: ПК Pentium, Windows 2000, Microsoft Internet Explorer 6.0. – Свидетельство о регистрации электронного ресурса. – М.: ОФЭРНиО ГАН «РАО». - №15754 от 02.06.2010.

Лекция 5. НЕДОРАЗВИТИЕ КАК ТИП ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Цель: Изучить своеобразие психического развития при умственной отсталости, сформировать теоретические знания о клинических формах умственной отсталости; проанализировать особенности родительских установок в воспитании умственно отсталого ребенка.

План:

1. Характеристика недоразвития как вида дизонтогенеза;
2. Понятие «умственная отсталость», «олигофрения», «деменция»;
3. Структура дефекта при умственной отсталости;
4. Степени тяжести и виды олигофрении;
5. Познавательная деятельность детей с умственной отсталостью, эмоционально-волевая и личностная сфера;
6. Специфика деятельности детей с умственной отсталостью, продуктивные виды деятельности;
7. Интегрированное обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья, условия социализации;
8. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии

Умственно отсталые дети развиваются специфично по сравнению с нормальными сверстниками. Недоразвитие как вид дезонтоогенеза, значительно больше по степени отставания, чем ретардация и характеризуются следующими особенностями:

1. Задержка в созревании мозга. Особенно выражено страдает кора головного мозга как молодая и высококодифференцированная мозговая структура. В большей степени страдают лобные доли и зоны перекрытия (височно-теменно-затылочные области).
2. Нейродинамические нарушения: дисбаланс между процессами возбуждения и торможения.
3. Недостаточность общей интегративной деятельности мозга.
4. Недоразвитие, инертность психической деятельности в целом.
5. Непрогредиентный характер течения заболевания. Ребенок однажды получил повреждение в процесс развития и в дальнейшем развивается на дефективной основе, но его состояние не ухудшается.
6. Трудности (иногда и невозможность) усвоения общеобразовательных стандартов всех уровней образовательной системы.

Понятия "умственная отсталость", "олигофрения", "деменция". Современная олигофренопсихология оперирует рядом понятий, определяющих состояние детей с нарушениями интеллектуального развития.

Умственная отсталость - это стойкое нарушение познавательной деятельности, обусловленное органическим поражением головного мозга.

Международной классификации болезней (МКБ, 10-й пересмотр) дается следующее определение умственной отсталости: "Умственная отсталость - это состояние задержанного или неполного развития психики, которое, в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей" [6].

Определяя умственную отсталость как состояние, С.Я. Рубинштейн писала, что важнейшими ее признаками являются:

1. Стойкий, а не временный характер проблем интеллектуального развития ребенка.
2. Нарушение именно познавательного развития ребенка, а не его поведения. Неуспеваемость при обучении не является критерием умственной отсталости, т.к. может быть обусловлена поведенческими расстройствами.
3. Наличием органического повреждения головного мозга.

Дети с умственной отсталостью - это клинически разнородная группа, т.к. "умственная отсталость" - термин, определяющий общее снижение интеллектуальных способностей без указания причин и сроков возникновения нарушений.

Термин «умственная отсталость» является достаточно обобщенным понятием, включающим стойкие нарушения интеллекта, то есть разные клинические формы интеллектуального недоразвития - как резидуальные, так и прогрессивные, обусловленные прогрессирующими заболеваниями ЦНС. Среди клинических форм умственной отсталости выделяют олигофрению и деменцию.

Умственная отсталость ребенка, возникшая в доречевой период (до 2-3 лет), диагностируется как олигофрения. В более поздний период состояние ребенка с интеллектуальными проблемами квалифицируется как деменция.

Структура дефекта при умственной отсталости. Первичным дефектом при умственной отсталости является органическое поражение головного мозга. Вторичное нарушение - недоразвитие познавательной деятельности.

Олигофрения (от греч oligos - 'малый', phren - 'ум') - особая форма психического недоразвития, выражающаяся в стойком снижении познавательной деятельности у детей вследствие органического поражения головного мозга в перинатальный и ранний постнатальный периоды.

Данный термин был предложен немецким психиатром Э. Крепелином в начале XX века для обозначения группы аномалий развития, разнородных по этиологии, клинической симптоматике, главной особенностью которых является тотальное психическое недоразвитие. Изучение специфики умственной отсталости при олигофрении активно велось в 50-70-х гг. XX в. такими отечественными учёными, как Г.Е. Сухарева, М.С. Певзнер, Д.Н. Исаев, В.В. Ковалев и др.

Г.Е. Сухарева выделила следующие клинические особенности олигофрении как формы умственной отсталости:

- преобладание интеллектуального дефекта;
- отсутствие прогрессивности состояния.

Сходное определение даёт В.В. Ковалёв, определяя олигофрению как "сборную группу различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогрессивных патологических состояний, общим признаком которых является наличие врождённого или

приобретённого в раннем детстве (до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей".

Степень выраженности дефекта существенно зависит от тяжести вредности, действующей на ребенка, от ее преимущественной локализации, а также от времени ее приобретения. Чем раньше действовал негативный фактор, тем глубже оказывается нарушение. При общем психическом недоразвитии органическая недостаточность мозга носит резидуальный, непрогредиентный характер, что даёт основание для оптимистического прогноза относительно развития ребенка. Он способен к психическому развитию, которое, однако, осуществляется аномально, поскольку его биологическая основа патологична.

Согласно международной классификации болезней, травм и причин смерти девятого пересмотра (МКБ-9) выделяют три *степени олигофрении*: дебильность, имбецильность, идиотия.

Дебильность - легкая степень олигофрении. К этой категории относится 70-80 % от общего количества лиц с интеллектуальной недостаточностью. Дети с незначительной умственной отсталостью после обследования ПМПК направляются в специальную (коррекционную) школу VIII вида, специальные классы общеобразовательной школы.

Имбецильность - средняя степень олигофрении. Больные имбецильностью могут говорить, понимать жесты и обращённую к ним речь. Имбецилам могут быть привиты элементарные навыки. Понятие "имбецильность" в специальной педагогике в настоящее время используется реже, чем понятие "умеренная умственная отсталость".

Идиотия - наиболее глубокая степень олигофрении. В выраженных случаях инстинкты, примитивные реакции полностью отсутствуют. Речь не развита, больные могут издавать нечленораздельные звуки. Способность ходить появляется поздно, движения неуклюжи, малокоординированные, часто наблюдаются стереотипные покачивания, сгибания туловища, повороты головы и др. В одних случаях преобладает апатия, вялость, в других - неадекватный плач, гнев, злобность.

Итак, традиционно формы умственной отсталости делятся на три степени:

- 1) легкая степень умственной отсталости (дебильность);
- 2) средняя степень умственной отсталости (имбецильность);
- 3) тяжелая степень умственной отсталости (идиотия).

На сегодняшний день по **МКБ-10** выделяют **4 степени умственной отсталости**:

Лёгкая (F70.) — дебильность. IQ 50—69.

Умеренная (F71.) — имбецильность. IQ 35—49.

Тяжёлая (F72.) — имбецильность, тяжёлая умственная субнормальность. IQ 20—34.

Глубокая (F73.) — идиотия. IQ < 20

F78. Другие формы умственной отсталости

F79. Умственная отсталость неуточнённая этиология

М.С. Певзнер, исходя из патогенеза, выделила пять *форм олигофрении*:

1. **Неосложнённая олигофрения.** При неосложненной форме ребенок характеризуется уравновешенностью основных нервных процессов. Отклонения в познавательной деятельности не сопровождаются у него грубыми нарушениями анализаторов. Эмоционально-волевая сфера относительно сохранна. Ребенок способен к

целенаправленной деятельности, однако, лишь в случаях, когда задание ему понятно и доступно. В привычной ситуации его поведение не имеет резких отклонений.

2. **Олигофрения, сопровождающаяся нейродинамическими нарушениями.** При олигофрении, характеризующейся неустойчивостью эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности, присущие ребенку нарушения отчётливо проявляются в изменениях поведения и снижении работоспособности.

3. **Олигофрения с нарушением функций анализаторов.** У олигофренов с нарушениями анализаторов диффузное поражение коры сочетается с более глубокими поражениями той или иной мозговой системы. Эти дети дополнительно имеют локальные дефекты речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата.

4. **Олигофрения, сопровождающаяся психопатоподобным поведением.** У этих детей отмечается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы. На первом плане у них оказывается недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и окружающих людей, расторможенность влечений. Ребенок склонен к неоправданным аффектам.

5. **Олигофрения с выраженной лобной недостаточностью.** При олигофрении данной формы дети вялы, безынициативны, беспомощны. Их речь многословна, бессодержательна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленности, активности, слабо учитывают ситуацию.

Умственная отсталость, возникшая в более позднем возрасте, встречается относительно редко. Она входит в ряд понятий, среди которых определенное место занимает деменция. **Деменция** (от лат. dementia - 'слабоумие') - слабоумие, стойкое ослабление познавательной деятельности, снижение критики и памяти, обеднение эмоций, нарушение поведения. В отличие от олигофрении при деменции нарушение мозга возникает после довольно длительно протекавшего нормального развития ребенка (5-7 и более лет). Деменция может являться следствием органических заболеваний мозга (шизофрения, эпилепсия, менингоэнцефалит) или травм. Как правило, интеллектуальный дефект при деменции носит необратимый характер. При этом отмечается прогрессирование заболевания. В таких случаях интеллект снижается от предшествующего более высокого уровня, тогда как при умственной отсталости он никогда нормального уровня не достигает.

С.Я. Рубинштейн в своей монографии "Психология умственно отсталого школьника" предлагает классификацию воспитанников школ VIII вида в зависимости от характера нарушений:

1. Дети, перенесшие нарушения ЦНС и развивающиеся на дефективной основе.
2. Дети с текущими заболеваниями головного мозга.

К первой группе относятся:

- дети-олигофрены,
- дети, перенесшие травмы головного мозга в период после 2-3 лет,
- дети, перенесшие нейроинфекции в период после 2-3 лет.

Ко второй группе относятся:

- дети с ревматическими поражениями нервной системы;
- дети с сифилисом головного мозга;
- дети с эпилепсиями;

- дети с шизофрениями;
- дети с гидроцефалиями.

Ковалев В.В. выделяет следующие формы умственной отсталости:

1. Умственная отсталость при хромосомных болезнях.
2. Наследственные формы умственной отсталости.
3. Смешанные по этиологии (экзогенно-эндогенные) формы.
4. Экзогенно обусловленные формы [3], [4].

Познавательная деятельность детей с умственной отсталостью

Снижение познавательной активности является основной характеристикой детей с умственной отсталостью. Это проявляется во всех сферах психической деятельности таких дошкольников, т.е. отмечается *тотальность* проявления дефекта.

Внимание. Внимание как познавательный процесс обеспечивает организованный и целенаправленный отбор поступающей информации, избирательную и длительную сосредоточенность психической активности на объекте или деятельности, а также направленность и избирательность познавательных процессов. Вниманием определяется точность и детализация восприятия, прочность и избирательность памяти, направленность и продуктивность мышления и воображения. Внимание умственно отсталых детей непроизвольно. Оно характеризуется небольшим объёмом, неустойчивостью и нарушениями переключаемости. Проявления основных свойств внимания ребенка зависят от качественного своеобразия структуры его дефекта. Например, дети с нейродинамическими нарушениями по типу преобладающего возбуждения отличаются отвлекаемостью, импульсивностью, быстрым переключением внимания с одного объекта на другой, т.е. наблюдается "полевое поведение". "*Полевое поведение*" - особый вид активности ребенка, при котором внешние стимулы среды управляют его поведением, внутренняя мотивация деятельности фактически отсутствует. Дошкольники-олигофрены с характерной заторможенностью могут показаться на первый взгляд внимательными, но обычно это всего лишь внешние проявления их медлительности и патологической инертности. Невнимательность детей с недоразвитием интеллекта в определённой мере обусловлена слабостью их волевой сферы. Они не могут в должной мере сосредоточиться на выполняемой деятельности, работать, не отвлекаясь. Большое значение имеет также несформированность интересов умственно отсталых детей.

Ощущения и восприятие. Существенную роль в познании ребенком окружающего мира играют его ощущения и восприятие. Они создают конкретную базу для формирования мышления, являются необходимыми предпосылками практической деятельности. У умственно отсталых детей чаще, чем у нормально развивающихся, имеют место нарушения ощущений различной модальности и, соответственно, восприятия объектов и ситуаций. Недостаточная дифференцированность зрительного восприятия этих детей обнаруживается в неточном распознавании близких по спектру цветов и цветовых оттенков, присущих тем или иным объектам, в глобальном видении этих объектов, т.е. отсутствии выделения характерных для них частей, пропорций и др.

Для умственно отсталых детей характерно своеобразное узнавание объектов и явлений. Они склонны отождествлять в некоторой мере сходные предметы, например, кошку и белку, круг и овал. Не узнают изображения предметов в усложненных условиях восприятия, например, перевёрнутыми. Нарушение пространственной ориентировки - один из ярко выраженных дефектов, встречающихся при умственной отсталости.

Своеобразие зрительного восприятия детей с умственной отсталостью отчетливо проявляется при рассматривании сюжетных картин, понимание которых оказывается

неполным, поверхностным, а в ряде случаев неадекватным. Рассматривая сюжетную картину, они часто неправильно ее толкуют, руководствуясь первым случайным впечатлением, способность к активному, критическому рассматриванию и анализу содержания ситуации вырабатывается у них с трудом.

Важное место в восприятии окружающего мира занимает осязание. Сенсорная система, обеспечивающая формирование осязательного образа, включает кожный и кинестезические анализаторы. С помощью осязания расширяется, углубляется и уточняется информация, получаемая другими анализаторами. При умственной отсталости наблюдается пассивность, недостаточная целенаправленность осязательной деятельности детей, несогласованность движений рук, поспешность. Часто распознавание объекта детей с недоразвитием интеллекта основано на одном-двух неспецифических признаках, дополнительных попыток проверить правильность своего решения не происходит.

Таким образом, если представить себе, что все эти входные "ворота", через которые воздействия внешнего мира должны проникать в сознание ребенка и формировать его, узки и труднопроходимы, если очертания внешнего мира предстают перед ребенком размытыми, расплывчатыми, и лишь немного пробивается внутрь, фиксируется в его представлениях - понятным становится происхождение его умственной недостаточности. Также понятной становится мысль Л.С. Выготского о первичных (ядерных) и вторичных симптомах умственной отсталости. Именно плохие ощущения и восприятия оказываются, с точки зрения Л.С. Выготского, ядерными симптомами, которые тормозят, задерживают развитие высших психических процессов, в частности мышления.

Память. Память как познавательный процесс заключается в запечатлении, сохранении и последующем узнавании или воспроизведении того, что было у человека в прошлом опыте. Память умственно отсталых детей дошкольного возраста развита очень слабо. Объем запоминаемого детьми материала существенно меньше, чем у их нормально развивающихся сверстников. Дети с недоразвитием познавательной деятельности усваивают все новое очень медленно, лишь после многих повторений, быстро забывают воспринятое и, главное, не умеют вовремя пользоваться приобретенными знаниями и умениями на практике. Причина замедленного и плохого усвоения новых знаний и умений кроется, прежде всего, в свойствах нервных процессов детей.

Слабость замыкательной функции коры головного мозга обуславливает малый объем и замедленный темп формирования новых условных связей, а также их непрочность. Кроме того, ослабление активного внутреннего торможения, обуславливающее недостаточную концентрированность очагов возбуждения, приводит к тому, что воспроизведение учебного материала многими детьми с нарушением интеллекта отличается крайней неточностью. Пользуясь термином Л.С. Выготского, "ядерные" свойства памяти умственно отсталых детей, а именно: замедленный темп усвоения всего нового, непрочность сохранения и неточность воспроизведения - отчетливо видны и проявляются в процессе обучения. Помимо перечисленных недостатков памяти детей с недоразвитием интеллекта (замедленность запоминания, быстрота забывания, неточность воспроизведения, эпизодическая забывчивость), следует также отметить несовершенство их памяти, обусловленное плохой переработкой воспринимаемого материала. У нормально развивающегося ребенка в процессе запоминания впечатления внешнего мира подвергаются классификации, отбору, переработке. Этот процесс переработки и отбора, подлежащих запоминанию впечатлений, тесно связан с другой особенностью или чертой человеческой памяти, а именно с опосредованным характером запоминания. Опосредствованное запоминание осмысленного материала - это высший уровень запоминания. Слабость мышления, мешающая детям с недоразвитием интеллекта выделить существенное в подлежащем запоминанию материале, связать между собой отдельные его элементы и отбросить случайные побочные ассоциации, резко понижает качество их памяти. Ряд исследователей (Л.В. Занков, Х.С. Земский, Б.И.

Панский) показали, что при воспроизведении рассказов дети повторяют отдельные слова, фразы из рассказов, но не могут изложить своими словами основной смысл или сюжет.

Плохое понимание воспринимаемого материала приводит к тому, что дети лучше запоминают внешние признаки предметов в их чисто случайных сочетаниях. Они с трудом запоминают внутренние логические связи и отношения, так как просто не вычлениают их. Воспроизведение умственно отсталыми детьми запоминавшегося материала зависит от степени его конкретности. Конкретный материал запоминался лучше, чем более абстрактный. Слабость целенаправленной деятельности детей с недоразвитием интеллекта выражается и в том, что они не умеют припоминать заученный материал. Представления детей с недоразвитием интеллекта о предметах и явлениях окружающего мира зачастую бедны, неточны, а в ряде случаев являются искаженными. С течением времени они изменяются: теряют специфические черты, уподобляются друг другу или хорошо знакомым объектам. Это в конечном итоге резко снижает темпы и качество обучения дошкольников с умственной отсталостью.

Мышление. Мышление есть высшая форма отражения окружающей действительности, обобщенное и опосредствованное словом познание действительности. Мышление дает возможность познать сущность предметов и явлений. Благодаря мышлению становится возможным предвидеть результаты тех или иных действий, осуществлять творческую, целенаправленную деятельность. У умственно отсталых детей дошкольного возраста имеет место недостаточность всех уровней мыслительной деятельности.

Из-за дефектов восприятия ребенок накапливает чрезвычайно скудный запас представлений. Бедность наглядных и слуховых представлений, крайне ограниченный игровой опыт, малое знакомство с предметными действиями, а самое главное - плохое развитие речи - лишают ребенка той необходимой базы, на основе которой должно развиваться мышление.

Мышление детей с недоразвитием интеллекта формируется в условиях неполноценного чувственного познания, речевого недоразвития, ограниченной практической деятельности. Они очень отличаются от здоровых детей большой конкретностью мышления и слабостью обобщений. Дошкольники с умственной отсталостью затрудняются при решении даже простейших наглядно-действенных задач, таких как "почтовый ящик" и др. Дети выполняют их с большим количеством ошибок после ряда попыток. Причём одни и те же ошибки многократно повторяются, поскольку умственно отсталые дети, не достигнув успеха, обычно не изменяют способа действия.

Задания, требующие наглядно-образного мышления, вызывают у дошкольников еще больше трудностей. Они не могут сохранить в своей памяти показанный образец и действуют ошибочно. Наиболее трудными для дошкольников оказываются задания, выполнение которых основывается на словесно-логическом мышлении. Они часто не понимают даже несложные тексты, содержащие временные, причинные и другие зависимости. Дети с недоразвитием интеллекта воспринимают материал упрощенно, опускают многие значимые его части, изменяют последовательность смысловых звеньев текста, не устанавливают необходимых взаимоотношений между ними. Характеризуя мышление умственно отсталых детей, следует отметить стереотипность, тугоподвижность этого процесса, его недостаточную гибкость. Именно поэтому применение уже имеющихся знаний в новых условиях вызывает у детей с недоразвитием интеллекта затруднения и часто приводит к ошибочному выполнению заданий.

Речь - это исторически сложившаяся форма общения посредством языка, обеспечивающая сохранение и передачу опыта и знаний, добытых предыдущими поколениями. Речь - орудие человеческого мышления, средство организации и контроля его деятельности, а также выражения эмоций. Грубые недостатки речи детей с недоразвитием

интеллекта расценивались как один из основных критериев нарушений умственного развития. Не имея ни повреждений слуха, ни отклонений в строении речевых органов, эти дети овладевают речью замедленно. Они позднее, чем это бывает у нормальных сверстников, начинают понимать обращенную к ним речь и пользоваться активной речью.

Речь у ребенка-олигофрена скудна и неправильна. Основные причины, обусловившие такое состояние речи, - слабость замыкательной функции коры, медленная выработка новых дифференцировочных условных связей во всех анализаторах, а иногда преимущественно в каком-либо одном. Значительную отрицательную роль играет также общее нарушение динамики нервных процессов, затрудняющее установление динамических стереотипов - связь между анализаторами. Становление речи ребенка с недоразвитием интеллекта осуществляется своеобразно и с большим запозданием. Он позднее и менее выражено вступает в эмоциональный контакт с матерью. У дошкольников с умственной отсталостью слабо выражено стремление подражать речи взрослого. Они не реагируют на простейшие ситуативные команды, устанавливают лишь интонацию, но не содержание обращенной к ним речи.

В 2-3 года или даже в 5 лет появляются первые слова - это преимущественно имена существительные: названия предметов ближайшего окружения и глаголы, обозначающие часто выполнимые действия. Отдельные дошкольники даже в 5 лет пользуются лепетными словами или произносят лишь первый слог нужного слова. Поэтому фонетический строй речи почти у всех детей к началу школьного обучения сформирован далеко не полностью. Однако дети постепенно все же овладевают элементарным речевым общением даже в тех случаях, когда семья не оказывает им реальной помощи и они не посещают специального дошкольного учреждения. Это связано с необходимостью, живя среди людей, взаимодействовать с окружающими.

Слабое развитие фонематического слуха приводит к замене отдельных звуков другими. Ребенку трудно установить, в каком порядке следуют друг за другом звуки. Из-за слабости фонетического анализа ребенок с недоразвитием интеллекта плохо различает на слух окончания слов, что препятствует усвоению грамматических форм речи. Определенную роль играют также отклонения, которые отмечаются в моторной сфере детей с недоразвитием интеллекта, в том числе и в движении их речевых органов. У воспитанников специальных (коррекционных) учреждений VIII вида чаще, чем у нормально развивающихся детей, наблюдаются дефекты строения органов речи, в значительной мере препятствующие овладению произношением.

Умственно отсталые дети - слышащие и говорящие. Это обстоятельство существенно облегчает работу с ними. Однако недостатки произношения затрудняют общение с ними. Детям с недоразвитием интеллекта плохо удается взаимодействие со взрослыми и другими детьми. Они недостаточно понимают то, что говорят окружающие и, соответственно, ведут себя не так, как следовало бы. Эти дети не умеют связно высказывать свои предложения или просьбы. Обладая весьма ограниченным словарным запасом и не владея фразой, они не могут ни спросить о том, что их интересует, ни разумно ответить на заданный вопрос. Их общение проходит в условиях ограниченных, житейских, многократно повторяющихся ситуаций с помощью хорошо заученных, стандартных высказываний. Если оно выходит за такие рамки, то это обычно ставит ребенка в тупик и подчас побуждает его к нелепым ответам. При умственной отсталости недоразвитие речи и конкретность мышления детей взаимосвязаны и взаимозависимы. Оба эти явления возникают как следствие нарушения нервных процессов. В то же время, будучи оба следствиями, эти два явления взаимообуславливают друг друга: недоразвитие речи ограничивает дальнейшее умственное развитие ребёнка, а затруднённая обобщений мешает правильному усвоению значений слов и формированию речи в целом. Иными словами, дефекты мышления и речи взаимно усугубляют друг друга. Речевое недоразвитие дошкольников с умственной отсталостью

носит системный характер. Это приводит к тому, что речь даже к концу дошкольного детства не выполняет у умственно отсталых детей своих основных функций: коммуникативную и регулирующую. Однако в условиях адекватного обучения и воспитания возможна положительная динамика в речевом развитии умственно отсталых детей.

Личность человека - продукт общественно-исторического развития. Она формируется в процесс многообразных взаимодействий с окружающей средой. В силу интеллектуальной неполноценности личность умственно отсталого ребенка проходит своё становление в своеобразных условиях, что обнаруживается в различных аспектах.

В общей совокупности многообразных черт личности существенное место принадлежит **эмоциям**, которые оказывают влияние на любое проявление человеческой активности. Л.С. Выготский, высказавший мысль о тесной взаимосвязи интеллектуальной и эмоциональной сфер, считал, что у ребенка с умственной отсталостью соотношение между интеллектом и аффектом иное, чем в норме, и что именно эта характеристика важна для понимания своеобразия его психики. Эмоции и чувства играют существенную роль в развитии личности.

Одной из важных характеристик личности умственно отсталого ребёнка является незрелость его эмоциональной сферы. У умственно отсталых детей наличие в эмоциональной сфере грубых первичных изменений способствует своеобразному психопатологическому формированию характера, новых отрицательных его качеств, резко осложняющих коррекцию основного психического дефекта. Вот почему изучение эмоций и чувств умственно отсталого ребёнка, их формирование и воспитание имеют столь важное значение. Как и все другие, умственно отсталые дети на протяжении всех лет своей жизни развиваются. С.Л. Рубинштейн подчёркивал: "Психика развивается даже при самых глубоких степенях умственной отсталости ... Развитие психики - это специфика детского возраста, пробивающаяся сквозь любую, самую тяжелую патологию организма". Наряду со специфичным развитием психики происходит своеобразное развитие эмоциональной сферы умственно отсталого ребёнка, проявляющееся, прежде всего, в незрелости. Незрелость личности умственно отсталого ребенка, обусловленная в первую очередь особенностями развития его потребностей и интеллекта, проявляется в ряде особенностей его эмоциональной сферы.

Во-первых, чувства умственно отсталого ребенка долгое время недостаточно дифференцированы. Диапазон переживаний невелик: они либо чем-то очень довольны и радуются, либо, напротив, огорчаются и плачут. У нормального же ребенка можно наблюдать множество различных оттенков переживаний. Как отмечают в своей работе С.С. Ляпидевский и Б.И. Шостак: "Чувства детей однообразны, неустойчивы, ограничиваются двумя крайними состояниями (удовольствие или неудовольствие), возникают только при непосредственном воздействии того или иного раздражителя". Переживания умственно отсталого дошкольника более примитивны, полюсны, он испытывает только или удовольствие, или неудовольствие, а дифференцированных тонких оттенков переживаний почти нет.

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

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

Проявление эмоций у умственно отсталого ребенка зависит от его возраста, от глубины и качественного своеобразия дефекта и от социальной среды в которой он находится.

Дети младшего дошкольного возраста отзывчивы на похвалу, одобрение и порицание; различают интонацию речи взрослого. Они не могут выражать свои эмоции вербально, но могут выразить их прикосновением к взрослому, улыбкой, заглядыванием в лицо. Старшие дошкольники с лёгкой умственной отсталостью уже более адекватно понимают окружающую обстановку. Они лучше владеют речью и могут не только выразить эмоции криком или поведением, но и сказать, что им нравится или не нравится, пользуясь словом, способны объяснить, что они хотят. Эти дети с удовольствием слушают доступные их пониманию тексты. Мимикой, жестами и словесными реакциями они выражают свои эмоции относительно героев сказок и рассказов. В понятных для них ситуациях дошкольники способны к сопереживанию, к эмоциональному отклику на обстоятельства, в которых оказался другой человек. Как правило, дети проявляют отчётливо положительное отношение к своим родным и близким.

В зависимости от клинического варианта дефекта дошкольники ведут себя по-разному, проявляя свои эмоции. Возбудимые дети активны, их движения быстры, речевое сопровождение громкое, эмоциональные реакции неустойчивые и поверхностные. Проявления гнева, обиды, радости выражаются бурно, импульсивно и не контролируются детьми.

Заторможенные умственно отсталые дошкольники действуют вяло, нерешительно. Они кажутся малоэмоциональными, хотя их переживания нередко бывают устойчивыми и достаточно глубокими.

Развитие эмоций умственно отсталых дошкольников в значительной мере определяется условиями их обучения и воспитания. Дети из социально неблагополучных семей, не посещающие специальных дошкольных образовательных учреждений, в значительной степени отстают в эмоциональном развитии от обученных умственно отсталых дошкольников и более склонны к патологическим проявлениям в эмоциональной сфере.

Волевая сфера умственно отсталых дошкольников находится на самых начальных этапах развития. Ее становление непосредственно связано с появлением речи, которая позволяет ребенку понять необходимость того или иного способа действия. Формирование произвольной регуляции поведения умственно отсталого ребенка затруднено. Дошкольники-олигофрены не могут контролировать свои поступки, желания. Большинство из них не способны подчинять своё поведение требованиям, которые предъявляет им социум. Действия детей нередко носят импульсивный характер, их поведение часто не соответствует общепринятым правилам и нормам. Однако к концу дошкольного детства многие дети с умственной отсталостью стараются соответствовать требованиям взрослых, но не всегда успешно.

Особое значение для личностного развития дошкольников с умственной отсталостью имеет характер и стиль семейного воспитания. Неадекватными *стилями воспитания* детей с недоразвитием интеллекта являются:

1. Гиперопека.
2. Авторитарная гиперсоциализация.
3. Гипоопека.

4. Эмоциональное отвержение ребенка.

Специфика деятельности детей с умственной отсталостью

Деятельность - это активное взаимодействие с окружающей действительностью, в ходе которой живое существо выступает как субъект, целенаправленно воздействующий на окружающую действительность, и удовлетворяет свои потребности. При всём многообразии видов деятельности в каждом из них можно выделить основные *структурные единицы*:

1. **Мотивы** - всё то, что побуждает человека к поступкам, различным видам деятельности, что направляет их, то, ради чего деятельность осуществляется.

2. **Цели** - прогнозируемые результаты, на достижение которых направлена деятельность.

3. **Средства**, которые включают как внешние материальные действия, так и внутренние, осуществляемые в плане образа с помощью различных психических процессов и являющиеся фактически показателем уровня развития последних.

Для умственно отсталых детей характерно позднее и неполноценное формирование всех видов деятельности. Особенно страдает у дошкольников произвольная деятельность. Это обусловлено тем, что ее осуществление требует определенного уровня развития мышления и речи, устойчивости внимания, а также умения целенаправленно приложить волевые усилия. Выполнение различных видов деятельности, предполагающих практические действия, затруднено, т.к. часто наблюдаются отклонения в развитии двигательной сферы этих детей.

Уже на первом году жизни умственно отсталых детей наблюдаются нарушения ведущей деятельности данного периода - **непосредственного эмоционального общения со взрослым**. Интерес к взрослому неустойчив или отсутствует, коммуникативные средства общения этого возраста (улыбка, голосовые реакции, двигательные реакции) также обеднены или практически отсутствуют.

Простейшая предметно-практическая деятельность, включающая в себя элементы самообслуживания, детьми с недоразвитием интеллекта выполняется с трудом. Требуется зачастую длительное, целенаправленное обучение. Дошкольники неловки, невнимательны, легко отвлекаются, быстро забывают последовательность действий. В раннем возрасте **предметная деятельность** у умственно отсталых детей не формируется, т.к. в младенчестве не сформированы предпосылки для ее развития. В основном наблюдаются манипуляции с предметами, носящие неадекватный характер. Количество неадекватных по своему характеру манипуляций с предметами сокращается лишь на шестом году жизни детей с недоразвитием интеллекта. У детей старше пяти лет возникает интерес к процессуальным действиям, но они часто стереотипны, формальны, т.е. умственно отсталые дети повторяют действия взрослых, не осознавая их смысла.

Для нормально развивающихся детей в дошкольном возрасте ведущим видом деятельности является **игра**. У умственно отсталых детей игра без специального обучения не возникает. Иногда наблюдаются отдельные игровые действия, но у детей с недоразвитием интеллекта они не имеют смыслового наполнения. В играх нормально развивающихся сверстников умственно отсталые дети либо не могут принять участия, либо выполняют подсобные роли. Это связано с тем, что ребенок с недоразвитием интеллекта ограниченно способен к контакту со сверстниками.

Продуктивные виды деятельности. Из продуктивных видов деятельности наиболее изучена изобразительная деятельность умственно отсталых детей (Т.Н. Головина, О.П. Гаврилушкина и др.). Изобразительная деятельность умственно отсталых детей формируется замедленно и своеобразно. В их рисунках есть характерные черты, имеющие

диагностический характер. Умения детей, лишенных специального обучения в детском саду или семье, долго остаются на уровне простых каракуль, и лишь к концу дошкольного детства может появиться предметный рисунок. Рисунки отличаются грубыми ошибками и неточностями.

Трудовая деятельность у нормально развивающихся дошкольников формируется в предпосылках - в виде самообслуживания и бытового труда. У умственно отсталого ребенка без специального обучения не формируются даже предпосылки для формирования трудовой деятельности, но в условиях адекватного обучения и воспитания у них могут быть сформированы некоторые навыки самообслуживания.

К концу дошкольного возраста у детей с недоразвитием интеллекта не формируется психологическая готовность к школьному обучению, которая представляет собой систему мотивационно-волевых, познавательных и социальных предпосылок, необходимых для перехода ребенка к следующей ведущей деятельности - **учебной**. Поскольку психическое недоразвитие при умственной отсталости носит системный характер, к концу дошкольного возраста дети данной категории оказываются совершенно неготовыми к систематическому школьному обучению.

Социальная адаптация - активное приспособление к условиям социальной среды путём усвоения и принятия целей, ценностей, норм и стилей поведения, принятых в обществе. Социальная адаптация детей с недоразвитием интеллекта затруднена из-за психофизиологических отклонений в развитии. Этим обусловлено значение коррекционно-воспитательной работы с детьми, имеющими интеллектуальные проблемы. Одним из направлений современной педагогики, способствующих социально-психологической адаптации лиц с недоразвитием интеллекта, является интегрированное обучение и воспитание.

Интегрированное обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья - обучение и воспитание детей с отклонениями психофизического развития в учреждениях общей системы образования. Этот подход в настоящее время является дискуссионным. В России имеется положительный опыт внедрения различных моделей интегрированного обучения:

- обучение и воспитание в едином потоке с нормально развивающимися детьми в условиях массового ДООУ и общеобразовательной школы;
- специальные классы в общеобразовательных школах;
- специальные группы в массовых дошкольных образовательных учреждениях и др.

Условия социализации детей с недоразвитием интеллекта: физическая адаптация, социальная адаптация, трудовая адаптация, психологическая адаптация.

Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии

Биологическая неполноценность ставит ребенка в определенные условия развития и предъявляет повышенные требования к родителям, призванным способствовать приспособлению его к этим условиям. Однако, как говорил Л.С. Выготский, "умственно отсталый ребенок не состоит из одних дыр и дефектов, его организм как целое перестраивается. Личность как целое выравнивается, компенсируется процессами развития ребенка" (Л.С. Выготский, 1983, с.118). Семейное окружение оказывает непосредственное влияние на выработку навыков социально рационального поведения у детей с нарушением интеллекта. Домашнее окружение во многом определяет индивидуальное поведение ребенка во многих сферах деятельности. "От исхода социальной компенсации, т.е. конечного формирования его личности в целом, зависит степень его дефективности и нормальности"

(В.В. Лебединский, 1985, с. 15) [9]. Поэтому особую важность приобретает проблема психологического сопровождения семей, имеющих детей с аномалиями развития.

Рождение и воспитание аномального ребенка вызывает у родителей комплекс негативных реакций и переживаний, которые обобщаются понятием "родительский стресс", семья находится в условиях острой психотравмирующей ситуации. Со временем родительский стресс не уменьшается, а может даже увеличиться, что связано с увеличением забот о ребенке и родительским пессимизмом относительно его будущего. Исследования показывают, что матери умственно отсталых детей более подавлены и имеют серьезные трудности при самоконтроле негативных эмоций по отношению к детям, нежели матери нормальных детей или детей с эмоциональными расстройствами [11].

По мнению многих исследователей, он носит стадийный характер.

Содержанием первой стадии - эмоциональной дезорганизации - являются следующие состояния и реакции родителей: шок, растерянность, беспомощность, страх (D. Drotar, A. Baskiewicz, J. Irvin, Kennel and M. Klaus, О.К. Агавелян, Р.Ф. Майрамян). Родители испытывают неослабевающее чувство собственной неполноценности и задаются вопросом: "Почему это случилось именно со мной?"

Вторая стадия или фаза рассматривается исследователями как период негативизма и отрицания (О.К. Агавелян, Р.Ф. Майрамян, M. Leydorf, B. Farber, R.M. Hodapp, Blodgett, Boyd, Koegler, Rosen) Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень надежды или чувства стабильности семьи перед лицом факта, грозящего их разрушить. Отрицание может быть своеобразным способом защитного устранения эмоциональной подавленности, тревоги. На этой стадии развивается, так называемое, "шопинг - поведение", родители переводят ребенка от одного консультанта к другому, стремясь убедить себя, что специалисты не компетентны и ответственны за состояние ребенка.

Третья фаза родительского стресса - горевание (D. Drotar, A. Baskiewicz, J. Irvin, Kennel and M. Klaus, О.К. Агавелян, Р.Ф. Майрамян). Чувство гнева или горечи может породить стремление родителей к изоляции, но в то же время найти выход в форме "эффективного горевания".

Четвертая стадия адаптации характеризуется эмоциональной реорганизацией. Приспособлением, принятием больного ребенка (M. Leydorf, S. Olslansky, Hodapp, О.К. Агавелян, Р.Ф. Майрамян).

Отношения в семье и действия по отношению к ее членам строятся на основе установок. Родительская установка - является немаловажным фактором, от которого во многом зависит дальнейшая социализация ребенка в обществе.

Термин «**родительские установки**» включает в себя разнообразные понятия, такие как ценности, восприятие ребенка и самих родителей, представления и ожидания связанные с развитием ребенка. Они оказывают большое влияние на детей и на самих родителей, являясь источником воспитательной стратегии. Для родителей они также могут являться средством защиты их собственной самооценки, создавая некие стандарты и эталоны, в соответствии с которыми оценивается выполнение родительской роли, и устанавливаются ограничения для различных аспектов родительской ответственности. Из этих установок происходят каузальные атрибуции детского поведения [7], [8], [13].

Ajzen I., Fishbein M., выделяют три компонента в родительских установках: оценочный, когнитивный, поведенческий.

Характер материнского отношения к ребенку, определяется многими факторами, в том числе особенностями психического развития ребенка. Семьи, в которых растет ребенок с

нарушениями психического развития, чаще всего проходят через «классический» паттерн: матери чрезмерно вовлечены в воспитание ребенка, в то время как отцы уходят от ситуации эмоционально или физически. Умственно отсталый ребенок, очень часто даже взрослея, продолжает играть роль маленького. Фиксация ребенка на этой роли не дает возможность семье пройти нормальный семейный цикл. Многие авторы указывают на высокую вероятность распада семьи, которой не удастся преодолеть кризис, вызванный нарушением развития ребенка [12].

В тоже время есть современные данные, полученные американскими исследователями, которые говорят о том, что воспитание ребенка с нарушениями развития имеет позитивное влияние как на личностное развитие родителей, так и на функционирование семьи в целом. В частности, улучшаются отношения между супругами, растет терпимость и сотрудничество, катализируется личностный рост родителей. Так называемые трансформирующие переживания, ведут к переосмысливанию жизненной ситуации, порождению новых ценностей и смыслов [7], [15].

Значительная часть матерей детей с нарушением интеллекта испытывает чувства тревоги и вины, которые нередко перерастают в самообвинение по поводу тех поступков и ошибок, которые, как они полагают, привели к заболеванию ребенка. Многие матери испытывают чувство стыда из-за рождения больного ребенка, их беспокоит возможное осуждение со стороны окружающих, они убеждены, что к их ребенку будут относиться плохо. Как следствие, таких чувств у матерей аномальных детей возникают реакции разочарования, отрицания и обвинения, которые появляются на почве ощущения беспомощности и безысходности. Матери пытаются переложить ответственность за состояние ребенка на других (врача, супруга). Хотя они и проявляют чувство любви к ребенку, но оно сопряжено с самопожертвованием. Исследование матерей детей с нарушением слуха показали, что у них тоже часто встречаются чувства горя, страдания, вины, тревоги, однако в меньшей степени. У родителей нормальных детей преобладали чувства любви, доброты и гордости. Отрицательные эмоции встречались нечасто, и они не носили такого "обреченного" характера [9].

По данным И.В.Добряков, О.В.Защиринская (2007), матери, которые относятся к невротичному типу, обычно приходят к психологу, испытывая страх, что их ребенок не сможет выполнить задание. Так, мама Тиграна С, мальчика с тяжелой степенью умственной отсталости, присутствуя на занятии, напряженно следит за тем, как ее сын пытается выполнить задание. Несмотря на просьбу психолога дать возможность ребенку работать самостоятельно, она переходит с русского на армянский язык и подсказывает ему правильное решение. Некоторые матери после первой же неудачной попытки ребенка бросаются на его защиту: «Это все он дома делает с закрытыми глазами. Он все это знает и умеет». Подобное поведение обнаруживает не критичность матерей в оценке своего ребенка, подсознательное стремление скрыть дефект и выдать желаемое за действительное. Мама Марины Ф. считает, что ее дочь говорит на своем, только ей свойственном языке (у Марины, умственно отсталой двенадцатилетней девочки, первый уровень речевого развития) и что нужно совсем немного усилий со стороны специалистов, чтобы превратить эту речь в нормальную. «Но никто не хочет работать, ведь ребенок трудный. Да, мы трудные», — подчеркивает она.

Долгое время считали, что родители одинаково ведут себя по отношению к детям с любой патологией. Но сейчас уже доказано, что характер детской патологии влияет на эмоциональные реакции матери. Например, матери аутичных детей были более фрустрированы и разочарованы по сравнению с матерями, имеющими детей с синдромом Дауна [14].

В российской психологии данная проблема актуальна в изучении. Савина Е.А., Чарова О.Б. провели экспериментальное исследование родительских установок: у матерей умственно отсталых детей с интеллектуальной недостаточностью в степени дебильности (50 человек, средний возраст матери 38 лет, средний возраст детей – 8 лет); у матерей с детьми со сниженным слухом (50 человек, средний возраст 36,9 лет, средний возраст детей – 8 лет) и у матерей с детьми без нарушения развития (50 человек, средний возраст матерей 35,2 лет, детей – 8 лет).

Результаты показывают, что наиболее позитивное восприятие ребенка и положительные чувства к нему отмечается у матерей нормальных детей, наименее позитивное - у матерей детей с нарушением интеллекта. Матери детей без нарушения развития чаще говорили, что довольны, счастливы, радуются, любят, гордятся ребенком. Матери детей с нарушением слуха занимают промежуточную позицию. То есть их отношение к ребенку менее нарушено, нежели чем у матерей умственно отсталых детей, но более нарушено по сравнению с матерями нормально развивающихся детей.

Матери детей с нормальным развитием более ориентированы на сотрудничество с детьми, нежели матери детей с нарушениями развития (обеих групп).

Данные, полученные в ходе структурированной беседы свидетельствуют о плохой информированности матерей о причинах умственной отсталости, неверии и несвоевременном обращении к специалистам, что приводит к запаздыванию в оказании комплексной помощи детям. Более половины матерей относятся к будущему пессимистически. Так они говорили: "О будущем думать просто страшно"; "Не могу даже говорить... Я не вижу выхода. Мне кажется, что с моей смертью и ребенок уйдет из жизни".

Решение матерью типичных ситуаций взаимодействия с ребенком

| Картинка | Матери детей с нормальным развитием | Матери детей с нарушенным развитием (умственная отсталость) | Матери детей с нарушением слуха |
|--|--|--|--|
| 1. Ссора детей | Позволяют детям самим разобраться в ситуации и разрешить конфликт самостоятельно. | Часть матерей защищают ребенка, другая часть наказывает. | В большей степени стремятся защитить ребенка. |
| 2. Кормление ребенка | Вызывает такие чувства, как сотрудничество, забота, любовь. | Либо негативная эмоциональная реакция, либо реакции отсутствовали, безразличие. | Забота, но более сдержанная, чем у матерей здоровых детей. |
| 3. Выполнение домашнего задания | Отметили гордость за успехи ребенка. Только 28% сделали акцент на обязательном контроле ребенка. | Для 60% матерей характерно стремление контролировать. | Для 36% матерей характерно стремление контролировать. |
| 4. Покупка игрушки для ребенка | Вызывает позитивные чувства. | Помимо позитивных чувств, в части случаев эта ситуация вызывает негативные эмоции либо игнорирование просьбы ребенка купить игрушку. | Помимо позитивных чувств, в части случаев эта ситуация вызывает негативные эмоции либо игнорирование просьбы ребенка купить игрушку. |
| 5. Ребенок в кровати, мать склонилась над ним | 60% матерей говорили, что испытывают любовь к ребенку. | 30% матерей говорили, что испытывают любовь к ребенку. В то же время 32% демонстрировали негативные чувства: грусть, раздражение, печаль. Интерпретация картинки: «Болезнь ребенка». | 38% матерей говорили, что испытывают любовь к ребенку. |
| 6. Мать с книгой и ребенок рядом с ней | Позитивные чувства, желание ответить на вопросы ребенка, рассказать, обсудить. | Практически не демонстрировали позитивной реакции. Напротив, либо раздражение, либо вообще игнорирование. | Нейтральные чувства. |

Анализ результатов опросника PARI показал, что матери умственно отсталых детей менее склонны устанавливать с детьми оптимальный эмоциональный контакт по сравнению

с матерями нормально развивающихся детей и детей с нарушением слуха. Они получили статистически более низкие баллы по шкалам "Вербализация", (36,8), $p < 0.01$, "Партнерские отношения", (18,6), $p < 0.01$, "Развитие активности ребенка", (5,1), $p < 0.01$. "Уравнительные отношения", (14,8), $p < 0.01$. Это говорит о том, что матери детей с интеллектуальным дефектом меньше общаются со своими детьми и менее стремятся к партнерским отношениям по сравнению с матерями из двух других групп. Напротив, по шкалам, входящим в фактор "Излишняя эмоциональная дистанция", они показали статистически более высокие баллы по сравнению с матерями детей с нарушением слуха и нормально развивающимися детьми. Так, матери умственно отсталых детей чаще испытывают раздражение по поводу ребенка, с другой стороны, они излишне концентрируются на нем (шкала "Раздражительность", (11,3), $p < 0.01$. У них оказались более высокие баллы по шкалам "Чрезмерная забота", (42,8), $p < 0.01$, "Подавление воли". (15,7), $p < 0.01$, "Исключение внесемейных влияний", (15,6), $p < 0.01$. Кроме того, им свойственно ощущение самопожертвования.

Данные исследования конкретных родительских установок по опроснику Столина - Варгипоказывают показали, что большинство матерей всех трех групп имеют высокие баллы по шкалам "Авторитарная гиперсоциализация" и "Маленький неудачник". Таким образом, матери отличаются избыточным контролем, который приобретает авторитарные черты. Кроме того, они инфантилизируют и инвалидизируют ребенка. Эти два типа материнского отношения являются взаимосвязанными: если мать не доверяет ребенку, не верит в его самостоятельность, она должна осуществлять строгий контроль за его поведением.

Результаты показывают, что у большинства матерей детей с нарушением интеллекта наблюдается нарушение по шкалам "Принятие-отвержение" и "Симбиоз". Трудная задача изменения собственных ожиданий и установок по отношению к ребенку, с одной стороны, и невозможность изменить биологический и эмоциональный статус ребенка, с другой - приводят к неприятию ребенка матерью.

Таким образом, очевидно, что детская патология негативно влияет на материнские установки: с одной стороны, матери отвергают умственно отсталых детей, а с другой – устанавливают симбиотические отношения с ними, проявляют чрезмерную заботу и стремятся обеспечить их безопасность. Они излишне концентрируются на ребенке и испытывают чувство самопожертвования. Детская патология ограничивает способность матери эффективно общаться с ребенком и приводит к его искаженному восприятию. Было выявлено, что степень нарушения материнского отношения зависит от тяжести патологии ребенка.

Исследование показало, что характер детской патологии в большей степени влияет на материнские установки, чем на восприятие матерью ребенка и ее воспитательную практику. Матери умственно отсталых детей и детей с нарушениями слуха воспринимают детей как несамостоятельных, упрямых, обиженных, грустных и пассивных. Это свидетельствует об инвалидизированном образе ребенка.

Матери детей с аномалиями развития (обе группы) стремятся больше контролировать, наказывать или игнорировать ребенка, чем матери нормально развивающихся детей. Однако по сравнению с матерями детей с нарушениями слуха матери детей с интеллектуальной недостаточностью показали больше негативных чувств по отношению к ребенку.

Матери детей с интеллектуальным дефицитом испытывают негативные эмоции, связанные с выполнением родительской роли. Они отличаются сниженным фоном настроения, пессимистическим восприятием своей жизни, часто испытывают раздражение по поводу ребенка, а также чувство самопожертвования.

Материнское отвержение несет в себе негативный аффективный опыт для ребенка и может быть интегрировано им в реакции избегания им объектов, связанных с матерью, а в

дальнейшем распространятся на другие объекты среды. Такая ситуация для умственно отсталого ребенка имеет чрезвычайно негативные последствия, потому, что ограничивает его компенсаторные возможности.

В неблагополучных семьях и при наследственной умственной отсталости, где родители умственно отсталых детей не заинтересованы в делах ребенка, известны случаи детоубийства.

Одной из первых **программ помощи родителям** была модель А. Адлера. Основные задачи воспитания родителей по этой модели выглядят следующим образом: помощь родителям в понимании детей, развитие у них способности войти в образ мышления ребенка и научиться разбираться в мотивах и значении его поступков; помощь родителям в выработке своих методов воспитания детей с целью дальнейшего развития ребенка как личности. Согласно модели чувственной коммуникации Т. Гордона, родители должны усвоить три основных умения: 1) умение активно слушать, т.е. умение слышать, что ребенок хочет сказать родителям; 2) умение выражать собственные чувства в доступной для понимания ребенка форме; 3) умение использовать принцип "оба правы" при разрешении спорных вопросов, т.е. способность говорить с ребенком так, чтобы результатами разговора были довольны оба его участника. В программе обучения родителей Х. Джинота рассматриваются практические вопросы: как говорить с детьми, когда хвалить и когда ругать ребенка, как его дисциплинировать, ежедневные занятия ребенка, страхи ребенка, приучение его к гигиене и т.д.

Программы помощи родителям, воспитывающим ребенка с нарушением психического развития, приобретают особую ценность, если они составлены в соответствии с принципами психологического сопровождения.

Целями таких программ являются:

- оказание квалифицированной психологической поддержки родителям;
- создание необходимых условий для активного участия родителей в воспитании и обучении ребенка;
- оказание помощи близким взрослым с целью создания комфортной для развития ребенка семейной среды;
- формирование адекватных взаимоотношений между взрослыми и их детьми.

Психологическая помощь может быть конструктивной и динамической, если в ее основу будут положены принципы комплексного подхода к организации коррекционного процесса, единства диагностики и коррекции, сотрудничества между родителями и специалистами, родителями и детьми, учета интересов родителей и детей [9].

Вопросы для самостоятельной работы

1. Каковы предмет и задачи психологии умственно отсталого ребенка?
2. Охарактеризуйте развитие детей с нарушениями интеллекта в раннем возрасте.
3. В чем особенности познавательной деятельности умственно отсталых дошкольников?
4. Составьте таблицу на тему "Познавательные процессы детей с недоразвитием интеллекта".

5. Как можно охарактеризовать основные виды деятельности детей с нарушениями интеллекта (предметную, игровую, учебную, трудовую)?
6. Каковы особенности развития личности ребенка с нарушениями интеллекта?
7. Раскройте проблемы психологической готовности умственно отсталого ребенка к школьному обучению;
8. Расскажите об особенностях восприятия родителями их детей с умственной отсталостью;
9. В чем особенности материнских установок в отношении детей с нарушениями в развитии;
10. Как современный социум относится к умственно отсталым детям, детям с психическим недоразвитием?

Литература

1. Выготский Л.С. К вопросу о компенсаторных процессах в развитии умственно отсталого ребенка. – Собр. соч.: В 6-ти т. М.: Педагогика, 1983, т.5, с. 115-136.
2. Добряков И.В., Заширинская О.В. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. — СПб.: Речь, 2007.-400 с.
3. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. – 288с.
4. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. [Электронный ресурс] // Педагогическая библиотека. Книги по логопедии и психологии для чтения и скачивания. Режим доступа: http://www.pedlib.ru/Books/3/0205/3_0205-3.shtml - свободный. (дата обращения: 7.11.2011).
5. Лебединский В.В. Нарушение психического развития детей. Учебное пособие. М.: МГУ, 1985. – 167с.
6. МКБ-10 (Электронная версия). [Электронный ресурс] //Справочник кодов международной статистической классификации болезней. Режим доступа: <http://10mkb.ru/> - свободный. – Загл. с экрана.- 10mkb.ru 2009-2011 / Главная / Коды / МКБ / Контакты / Статьи, (дата обращения: 7.11.2011).
7. Русякова Е.Е. Электронный учебно-методический комплекс «Психологическое сопровождение соматически больного ребенка» [Электронный ресурс] / Е.Е. Русякова. – 145Мб. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). Систем. требования: ПК Pentium, Windows 2000, Microsoft Internet Explorer 6.0. – Свидетельство о регистрации электронного ресурса. – М.: ОФЭРНиО ГАН «РАО». - №18282 от 04.07.2012.
8. Русякова Е.Е. Исследование стиля материнского отношения к больному ребенку [Текст] // Семья в контексте педагогических, психологических и социологических исследований : материалы IV международной научно - практической конференции 5–6 октября 2013 года. – Прага: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2013 – 107 с. С.62-68.
9. Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии.
10. Савина Е.А., Чарова О.Б. и др. Психологическая помощь родителям в воспитании детей с нарушениями развития: пособие для педагогов-психологов. М.: ВЛАДОС, 2008г. 30с.
11. Чарова О.Б. Особенности материнского отношения к детям с нарушением интеллекта. [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / О.Б. Чарова ; Курский гос. пед. ун-т. – Курск, 2003. - 16 с.

12. Ajzen I., Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Engelwood Cliffs, NJ: Printice-Hall, 1980.
13. Blacher J. Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: Fact of artifact? // Mental retardation. 1984. V. 22. № 2. P. 55-68.
14. Hodapp R. Parenting children with Down syndrome and other types of mental retardation //Bronstein M. (ed.). Handbook of parenting. V. 1. Children and parenting. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Ass., 1995. P. 233-234.
15. Holder G.W. Parental attitudes towards childrearing // Bronstein M. (ed.). Handbook of parenting. V. 3. Children and parenting. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Ass., 1995. P. 359-392.
16. Holroyd J., MacArthur D. Mental retardation and stress on parents: A contrast between Down syndrome and childhood autism //Am. J. Mental Deficiency.1976.№ 80. P. 431-436.
17. Scorgie K., Sobsey D. Transformational outcomes associated with parenting children who have disabilities //Mental Retardation. 2000. V 38/ №3. P. 195-206.

Лекция 6. ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Цель: Изучить задержанное психическое развитие (ЗПР), его причины, виды, клинико-психологическую характеристику; сформировать у студентов теоретическое представление о дифференциальной диагностике задержанного психического развития от других видов дизонтогенеза; уточнить возможности психологической помощи детям с задержанным типом дизонтогенеза.

План:

1. Задержанное психическое развитие, отличительные черты;
2. Обоснование выделения задержанного психического развития в отдельный вид дизонтогенеза в историческом аспекте;
3. Понятие и классификация задержки психического развития;
4. Клинико-психологическая характеристика детей с задержкой психического развития;
5. Психологические особенности детей с ЗПР в учебной деятельности;
6. Принципы коррекционно-развивающего обучения детей с ЗПР.

При задержке психического развития (ЗПР) имеет место замедленное становление и неравномерность формирования психических функций. Аномалия развития, квалифицируемая как **задержка психического развития**, встречается значительно чаще других, более грубых нарушений психического онтогенеза.[5]

Как правило, поводом к тому, чтобы ставить под сомнение полноценность интеллекта ребенка школьного возраста, служит его неуспеваемость, обнаруживающаяся в процессе обучения. Однако отождествление неуспеваемости с умственной отсталостью является грубой и опасной теоретической и практической ошибкой. В работах З.И.Калмыковой, Н.А.Менчинской, А.М.Гельмонт, Л.С.Славиной и др., посвященных изучению причин неуспеваемости, указывается, что в большинстве случаев неуспеваемость не обусловлена глубокими нарушениями интеллекта, а вызывается иными причинами.

Дети с ЗПР оказываются неуспевающими с самого начала обучения. Однако недостаточность их интеллекта правильнее определить не как отсталость, а как отставание.

Вплоть до середины 30-х гг. в отечественной науке и практике господствовал количественный подход к оценке умственных способностей. Отбор детей во вспомогательные школы производился по результатам тестирования IQ. Это продолжалось до 1936г., пока не вышло постановление ЦК ВКП(б) 1936 г. В целом, после него было много негативных последствий для психологии, однако не будем закрывать глаза и на определенный позитивный аспект этого документа. В нем было заявлено, что количественная оценка интеллекта не является достаточным основанием для вынесения решения об умственной отсталости, ведь было совершенно очевидно, что многие из направленных во вспомогательную школу умственно отсталыми не являлись. Это, во-первых, стимулировало исследование тех причин, по которым может возникать отставание в умственном развитии, во-вторых, заставило сконцентрироваться именно на качественной стороне отставания. В результате была выявлена качественная специфика пограничных форм интеллектуальной недостаточности, что позволило выделить особую форму нарушения - задержку психического развития.

В качестве одной из важнейших задач психологической диагностики было выдвинуто отграничение умственной отсталости от сходных с ней состояний. Большая заслуга в деле разработки этих вопросов принадлежит Т.А.Власовой, Г.М.Дульневу, А.Р.Лурии, М.С.Певзнер, Ж.И.Шиф. Проблема дифференциальной диагностики в связи с комплектованием учреждений для умственно отсталых детей была предметом обсуждения на Международной конференции, состоявшейся в 1964 г. в Копенгагене. Советскими учеными было указано на недостаточность только психометрических оценок при диагностике умственной отсталости и были поставлены задачи разработки методов исследования и критериев для выделения сходных состояний. Было принято решение использовать термин «легкая дисфункция мозга» (ЛДМ) или «минимальная мозговая дисфункция» (ММД). В России применяется термин «задержка психического развития» (ЗПР).

В современном значении под термином «задержка психического развития» понимаются синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных её функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых). Иначе говоря, это состояние замедленного темпа реализации закодированных в генотипе свойств организма вследствие временно и мягко действующих факторов (ранней депривации, плохого ухода и др.). Общеизвестно, что задержка развития может иметь обратимый характер.

Причины этой формы отклонений в развитии детей анализировались такими исследователями, как М.С.Певзнер (1966), Г.Е.Сухарева (1974), Т.А.Власова (1975), К.С.Лебединская (1975), В.В.Лебединский (1980). Все они констатируют связь между задержкой психического развития и резидуальными (остаточными) состояниями после перенесенных во внутриутробном развитии, во время родов или в раннем детстве слабовыраженными органическими повреждениями центральной нервной системы, а также генетически обусловленной недостаточностью функционирования центральной нервной системы.

Слабовыраженная органическая недостаточность головного мозга ведет к значительному замедлению темпа развития, отрицательно сказывающемуся на психическом развитии детей. В.В. Лебединский отмечает, что в этиологии задержки психического развития играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия воспитания и, главным образом, органическая недостаточность нервной системы, чаще резидуального, реже – генетического характера.

Долгое время ни российские, ни зарубежные исследователи не могли прийти к единой точке зрения по данному синдрому ввиду разной этиологии, патогенеза и пестрой клинической картины заболевания. Так, например, в работах педиатров, детских неврологов и психиатров использовались названия «дети с астеническими состояниями», «дети с психофизическим инфантилизмом». В некоторых названиях использовался наиболее часто встречающийся признак заболевания: гиперкинетический синдром, синдром повышенной возбудимости, специфическая неспособность к чтению, психоневрологические нарушения учебы.

В исследованиях **Микадза, Корсакова** (1994) выделены две причины, обуславливающие недостаточную сформированность отдельных функциональных систем психики ребенка.

Первая из них обозначается авторами как **«иррегулярность»** психического развития ребенка (что означает отклонение от нормального развития, неравномерность в развитии психических функций), которая возникает в силу индивидуальных особенностей онтогенеза ребенка, но при этом не связывается с какойлибо патологией мозга или психики ребенка.

Второй причиной неуспеваемости являются «**минимальные мозговые дисфункции мозга**», при которых происходит изменение функционирования отдельных мозговых структур или мозга в целом. Авторы разработали специальные методы нейропсихологической диагностики и нейропсихологической коррекции. [8]

В зависимости от происхождения (церебрального, соматогенного, конституционального, психогенного), времени воздействия на организм ребенка вредоносных факторов ЗПР дает разные варианты отклонений в эмоционально-волевой сфере и в познавательной деятельности. Об этом необходимо помнить, при психологическом исследовании, при обучении и коррекционной работе.

Ученые, изучавшие психические процессы и возможности обучения детей с ЗПР (Т.В.Егорова, Г.И.Жаренкова, Н.А.Никашина, Р.Д.Тригер, С.Г.Шевченко, У.В.Ульенкова и др.), выявили ряд специфических особенностей их познавательной, личностной, эмоционально-волевой сферы и поведения. В настоящее время категория детей с ЗПР глубоко и всесторонне изучена как с клинической, так и с **психолого-педагогической** стороны.

В результате изучения психических процессов у детей с ЗПР выявлен ряд специфических особенностей в их познавательной, эмоционально-волевой деятельности, поведении и личности в целом, характерные для большинства детей этой категории. Наряду с общими чертами, детям с вариантами ЗПР различной клинической этиологии свойственны характерные особенности.

Отмечаются следующие **основные черты детей с ЗПР**:

- Повышенная истощаемость и в результате низкая работоспособность;
- Незрелость эмоций;
- Слабость воли;
- Психопатоподобное поведение;
- Ограниченный запас общих представлений, обедненный словарь;
- Нарушение фонематики;
- Несформированность навыков интеллектуальной деятельности;
- Игровая деятельность также сформирована не полностью;
- Восприятие характеризуется замедленностью; необходим более длительный период для приема и переработки сенсорной информации;
- Внимание нестойкое;
- У этих детей страдают все виды памяти; отсутствует умение использовать вспомогательные средства для запоминания.
- В мышлении обнаруживается недостаточность словесно-логических операций (при предъявлении задания в наглядно-действенном плане качество его выполнения значительно улучшается, поэтому для оценки уровня развития мышления при психолого-педагогическом обследовании необходимо сопоставлять результаты работы ребенка со словесно-логическим и наглядно-действенным материалом);
- Кроме этого, отмечается низкий навык самоконтроля, что особенно проявляется в процессе учебной деятельности.
- К началу школьного обучения у этих детей, как правило, не сформированы основные мыслительные операции - анализ, синтез, сравнение, обобщение, они не умеют ориентироваться в задаче, не планируют свою деятельность, не удерживают условие задачи.

Таким образом, поступающим в школу детям с ЗПР присущи специфические особенности психолого-педагогического характера. Они не обнаруживают готовности к школьному обучению, у них нет нужного для усвоения программного материала запаса знаний, умений и навыков. Поэтому они оказываются не в состоянии без специальной

помощи полноценно овладеть счетом, чтением и письмом. Испытываемые ими трудности усугубляются ослабленным состоянием их нервной системы.

Важно отметить, что в условиях массовой школы ребенок с ЗПР впервые начинает отчетливо осознавать свою несостоятельность, которая выражается, прежде всего, в неуспеваемости. Это, с одной стороны, ведет к появлению чувства неполноценности, а с другой - к попыткам личной компенсации в какой-либо другой сфере, иногда - в различных формах отклоняющегося поведения.

Исследования **М.С. Певзнер** и **Т.А. Власовой** позволили выделить две основные формы задержки психического развития:

– задержку психического развития, обусловленную психическим и психофизическим инфантилизмом, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы;

– задержку развития, возникшую на ранних этапах жизни ребенка и обусловленную длительными астеническими и церебрастеническими состояниями.

Задержка психического развития в виде неосложненного психического инфантилизма рассматривается как более благоприятная, чем при церебрастенических расстройствах, когда необходима не только длительная психолого-коррекционная работа, но и лечебные мероприятия.

К.С. Лебединская (1982), исходя из этиологического принципа, выделяет четыре основных варианта задержки психического развития:

- 1) задержка психического развития конституционального происхождения;
- 2) задержка психического развития соматогенного происхождения;
- 3) задержка психического развития психогенного происхождения;
- 4) задержка психического развития церебрально-органического генеза.

В **клинико-психологической структуре** каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоционально-волевой и интеллектуальной сфер.

1. При задержке психического развития **конституционального** происхождения (гармонический, психический и психофизический инфантилизм) инфантильности личности часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской мимикой и недоразвитием моторики. Эмоциональная сфера этих детей находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более раннего возраста.

2. **Соматическая** задержка психического развития характеризуется эмоциональной незрелостью, которая обусловлена длительными хроническими заболеваниями, врожденными и приобретенными пороками внутренних органов, в первую очередь сердца. В замедленном темпе психического развития значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический статус.

3. Задержка психического развития **психогенного** происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания. Социальный генез этой аномалии развития не исключает патологического характера. Так, в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности с ЗПР по типу психической неустойчивости (неумение тормозить свои эмоции и желания, импульсивность). В условиях гиперопеки психогенная задержка психического развития проявляется в формировании эгоцентрических установок. В психотравмирующих ситуациях или условиях воспитания, где преобладает жестокость либо грубая форма авторитарности, нередко формируется невротическое развитие личности.

4. При задержке психического развития **церебрально-органического** генеза необходимы комплексные психолого-педагогические коррекционные мероприятия. Причинами этой формы ЗПР являются патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни. В определенной мере они сходны с причинами, приводящими к олигофрении. Церебрально-органическая недостаточность накладывает отпечаток на структуру ЗПР, характеризующуюся в этом случае не только особенностями эмоционально-волевой незрелости, но и спецификой нарушения познавательной деятельности. Признаки нарушенного созревания часто обнаруживаются уже в раннем развитии этих детей и касаются почти всех сфер. В структуре ЗПР церебрально-органического генеза почти всегда имеется набор энцефалопатических расстройств, церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных, эпилептиформных, адаптивно-динамических, свидетельствующих о повреждении нервной системы.

Таким детям свойственна **в дошкольном возрасте**:

- замедленная смена возрастных фаз психического развития
- запаздывание формирования двигательных функций, речи, этапов и уровней деятельности
- однообразие игровой деятельности, бедность воображения и творчества, преобладание двигательной расторможенности.

К школьному возрасту обычно выявляется уже общая ЗПР, включается как несформированность эмоционально-волевой сферы по типу так называемого органического инфантилизма, так и незрелость познавательной деятельности.

- недостаточная дифференцированность эмоций,
- неразвитость познавательных интересов,
- пониженная способность устанавливать более сложные причинно-следственные связи.
- слабая заинтересованность в оценке, низкий уровень притязаний
- Выраженная внушаемость нередко отражает органический дефект критики

Существует мнение, основанное на данных некоторых катamnестических исследований, что **по мере взросления ребенка** наблюдаемые у него черты органического инфантилизма имеют тенденцию к смягчению, в то время как на первый план более отчетливо начинают выступать признаки интеллектуальной недостаточности (А. И. Юркова, 1959; М. Г. Рейдибойм, 1972; И. Л. Крыжановская, 1978).

Замедление формирования познавательной деятельности при ЗПР церебрально-органического генеза в значительной мере связано с нейродинамическими расстройствами.

Сюда в первую очередь относятся:

➤ **церебрастенические явления** – повышенная утомляемость, играющая большую роль в нарушениях работоспособности, памяти, внимания, других высших психических функций, замедление темпа интеллектуальной деятельности при быстром нарастании усталости.

➤ Нередко наблюдается и недостаточная сформированность отдельных **корковых или подкорковых функций**: слухового, зрительного и тактильного восприятия, пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти.

Различные комбинации недостаточности отдельных корковых и подкорковых функций – причина трудности формирования тех или иных школьных навыков.

Нейропсихологические исследования выявили в графических пробах, в том числе в письме, на фоне повышенной истощаемости возникновение тремора. Фиксация внимания на технической стороне действия часто приводила к увеличению ошибок в письме – слитному написанию отдельных слов, недописыванию элементов букв, нарушению усвоенных ранее грамматических правил. Недостаточность речевой моторики, трудности дифференциации фонем, негрубые нарушения зрительно-моторной координации – все вместе нередко препятствуют автоматизации и упрочению навыков чтения и письма.

Различные исследователи, по-разному оценивают общую структуру нарушений познавательной деятельности у этой группы детей. Одни из них полагают, что церебрально-органический инфантилизм чаще сочетается с более выраженным дефектом интеллектуальных функций, склоняясь к целесообразности рассмотрения его в рамках умственной отсталости (С. С. Мнухин, 1961; Е. С. Иванов, 1967; Д. Н. Исаев, 1976, 1982). Их оппоненты исходят из того, что один и тот же тип эмоциональных расстройств может сочетаться с различными по структуре интеллектуальными нарушениями. А поэтому, находя качественное отличие структуры нарушений познавательной деятельности при олигофрении и ЗПР церебрально-органического генеза, они настаивают на более независимой оценке характера эмоционально-волевых и интеллектуальных расстройств (Е. Н. Самодумская, 1971; И. Ф. Марковская, 1977; К. С. Лебединская, 1980, и др.).

Формы ЗПР церебрально-органического генеза имеют определенную общность с олигофренией в плане этиологии, но они характеризуются не только меньшей тяжестью поражения нервной системы, но и иной клинико-психологической структурой дефекта. Более позднее время поражения приводит практически к обязательному наличию повреждения систем с относительно коротким периодом развития. Поэтому в клинико-психологическую структуру ЗПР всегда будут включены нейродинамические и разной степени выраженности энцефалопатические расстройства. Более позднее время поражения обуславливает и различную степень уязвимости отдельных функций к вредоносному воздействию.

ЗПР церебрально-органического генеза условно разделена на две основные группы:

- 1) с преобладанием явлений органического инфантилизма;
- 2) с преобладанием нарушений познавательной деятельности (у детей черты незрелости сочетаются с признаками повреждения нервной системы).

Наибольшее значение, по мнению И. Ф. Марковской, для специальной психологии имеет **церебрально-органический инфантилизм**. В этих случаях признаки органической поврежденности и незрелости нервной системы тесно переплетены между собой и пронизывают структуру, как эмоциональных расстройств, так и нарушений интеллектуальных функций.

Дети с задержкой психического развития церебрально-органического генеза являются наиболее сложными в диагностическом отношении, потому что, как и дети с олигофренией, оказываются стойко неуспевающими в первые годы обучения. Однако в силу схожести поведенческих проявлений необходима дифференциальная диагностика, которая поможет представлять определенные существенные качественные отличия.

В отличие от умственно отсталых:

- Интеллектуальные способности ребенка не соответствуют его возрасту. Однако правильный диагноз можно поставить с учетом того, что дети с ЗПР всегда способны **использовать помощь**, оказанную в процессе работы, Это показывает, что они обладают полноценными возможностями для дальнейшего развития;

• Идет ли речь о выраженном и необратимом недоразвитии в виде олигофрении либо только о замедленном темпе психического развития – будет зависеть от **массивности поражения мозга и от времени поражения**.

• Чаще задержка психического развития по церебрально-органическому типу связана с **более поздними поражениями мозга**, когда дифференциация основных мозговых систем уже закончена. Задержка психического развития церебрального происхождения при хромосомных нарушениях, внутриутробных поражениях, родовых травмах встречается чаще других и представляет наибольшую сложность при отграничении от умственной отсталости.

• В исследованиях дефектологов (В.И. Лубовский, К.С. Лебединская, М.С. Певзнер, Н.А. Дыпина и др.) указывается, что при ЗПР имеет место неравномерность формирования психических функций, причем отмечается как **повреждение, так и недоразвитие** отдельных психических процессов. Для умственной отсталости же характерны тотальность и иерархичность поражения;

• В отличие от олигофрении, когда имеется тотальное недоразвитие, при ЗПР наблюдается **избирательность нарушений**, особенно в отношении высших корковых функций.

• **Динамика** проявлений задержки психического развития принципиально отлична от динамики олигофрении. Несмотря на замедленный темп психического развития, в условиях правильного обучения и воспитания эти дети постепенно преодолевают задержку общего психического развития, достигая достаточного уровня социальной адаптации;

• Способны применять показанный способ действия при выполнении **аналогичных заданий**, усваивают принципы решения задач;

• Многие практические и интеллектуальные **задачи они решают** на уровне своего возраста; способны разобраться в условии простой задачи;

• Умеют **осмыслить сюжет** картинки, составить рассказ;

• При обследовании чтения, письма, счета они часто обнаруживают ошибки такого же типа, что и умственно отсталые, но тем не менее у них имеются и качественные отличия. Так, при слабой технике чтения дети с ЗПР всегда **пытаются понять прочитанное**, прибегая, если надо, к повторному чтению. У умственно отсталых нет желания понять, поэтому их пересказ может быть непоследовательным и нелогичным;

• В письме отмечается **неудовлетворительный навык каллиграфии**, небрежность и т.п., что, по мнению специалистов, может быть связано с недоразвитием моторики, пространственного восприятия. У умственно отсталых эти недостатки выражены грубее.

Ребенок с ЗПР, в целом, способен к обучению и выполнению многих школьных заданий. Но психолого-педагогическая, клинико-психологическая характеристика детей с ЗПР имеет отличительные признаки этой категории детей как от детей с умственной отсталостью, так и от нормально развивающихся сверстников.

От нормального развития, характерного для детей младшего школьного возраста, детей с ЗПР отличают следующие характеристики:

• Отмечается **недостаточная познавательная активность**, которая в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью может серьезно тормозить их обучение и развитие;

• Быстро наступающее **утомление** приводит к потере работоспособности, вследствие чего у учащихся возникают затруднения в усвоении учебного материала: они не удерживают в памяти условия задачи, продиктованное предложение, забывают слова;

• Допускают **нелепые ошибки** в письменных работах;

• Нередко вместо решения **задачи** просто механически манипулируют цифрами;

• Оказываются неспособными **оценить результаты** своих действий;

• Их представления об **окружающем мире** недостаточно широки;

- Дети с ЗПР **не могут сосредоточиться** на задании;
- Не умеют подчинять свои действия **правилам**, содержащим несколько условий.
- У многих из них преобладают игровые мотивы.

Часто дети с ЗПР попадают в массовую общеобразовательную школу, где они, естественно, с первых дней обучения оказывались в категории неуспевающих, а из-за накапливающихся пробелов в знаниях они все в меньшей степени усваивали новый материал. Условный перевод в следующий класс только увеличивает этот дефицит и приводит к тому, что к неуспеваемости прибавляется педагогическая запущенность. С другой стороны, необоснованное направление ребенка с ЗПР во вспомогательную школу приводит к тому, что в конечном счете он не получает полноценного образования и социальный статус его в будущем значительно ограничен сравнительно узким кругом рабочих профессий.

Характеризуя детей, направляемых в специальные классы после года обучения в общеобразовательной школе, учителя отличают их от умственно отсталых школьников. О многих педагоги говорят, что, хотя ребенок и не овладел знаниями в полном объеме школьной программы, но все же, в его развитии заметен значительный сдвиг. Отмечается, что иногда такие дети активно работают в классе и выполняют задания вместе со всеми учащимися, но скоро устают, начинают отвлекаться, перестают воспринимать учебный материал, в результате чего в знаниях образуются значительные пробелы.

Таким образом, пониженная активность мыслительной деятельности, недостаточность процессов анализа, синтеза, сравнения, обобщения, ослабленность памяти, внимания не остаются незамеченными, и учителя пытаются оказать каждому из таких детей индивидуальную помощь: стараются выявить пробелы в их знаниях и восполнить их теми или иными способами – объясняют заново учебный материал и дают дополнительные упражнения; чаще, чем в работе с нормально развивающимися детьми, используют наглядные дидактические пособия и разнообразные карточки, помогающие ребенку сосредоточиться на основном материале урока и освобождающие его от работы, не имеющей прямого отношения к изучаемой теме; разными путями организуют внимание таких детей и привлекают их к коллективной работе класса.

Все эти меры на отдельных этапах обучения, безусловно, приводят к положительным результатам, позволяют достигнуть временных успехов, что дает возможность учителю считать ученика не умственно отсталым, а лишь отстающим в развитии, медленно усваивающим учебный материал.

Клинические и психологические наблюдения показывают, что частые переходы от состояния активности к полной или частичной пассивности, смена рабочих и нерабочих настроений тесно связана с нервно-психическим состоянием и возникают порой без видимых причин. Однако и внешние обстоятельства, например, такие, как сложность задания, необходимость выполнения большого объема работы, выводят ребенка из равновесия, заставляют нервничать и иногда надолго выбивают его из рабочего состояния.

В периоды нормальной работоспособности у детей с ЗПР обнаруживается целый ряд положительных сторон их деятельности, характеризующих сохранность многих личностных и интеллектуальных качеств. Эти сильные стороны проявляются чаще всего при выполнении детьми доступных и интересных заданий, не требующих длительного умственного напряжения и протекающих в спокойной доброжелательной обстановке.

В таком состоянии при индивидуальной работе с ними дети оказываются способными самостоятельно или с незначительной помощью решать интеллектуальные задачи почти на уровне нормально развивающихся сверстников (производить группировку предметов,

устанавливать причинно-следственные связи в рассказах со скрытым смыслом, понимать переносный смысл пословиц).

Аналогичная картина наблюдается и на уроках. Дети могут сравнительно быстро понять учебный материал, правильно выполнить упражнения и, руководствуясь образом или целью задания, исправить ошибки в работе.

К 3–4 классу у некоторых детей с ЗПР под влиянием работы учителей и воспитателей развивается интерес к чтению. В состоянии относительно хорошей работоспособности многие из них последовательно и подробно пересказывают доступный текст, правильно отвечают на вопросы по прочитанному, оказываются в состоянии при помощи взрослого выделить в нем главное; интересные детям рассказы нередко вызывают у них бурные и глубокие эмоциональные реакции.

Во всех работах, посвященных детям с ЗПР, отмечается, что они значительно эффективнее, чем их умственно отсталые сверстники, принимают и используют помощь в своей деятельности, причем не отказываются от нее и даже проявляют заинтересованность там, где не могут справиться с заданием самостоятельно. В зависимости от степени задержки психического развития и материала, с которым ребенку приходится работать, помощь по своему характеру может быть разной. Иногда бывает достаточно лишь изменить условия работы ученика. Так, учителя отмечают случаи, когда ученик самостоятельно не может справиться с задачей, но, если его вызвать к доске и предложить записать ее содержание, рассуждая при этом вслух, то ту же задачу он решает успешно, очевидно, подобные действия оказываются для детей с ЗПР стимулирующими, повышают их активность. В других случаях учителю приходится прибегать к наводящим вопросам, аналогиям, дополнительному наглядному материалу. Нередко дети с ЗПР сами проявляют активность в поисках средств, облегчающих решение поставленных задач: несколько раз прочитывают задания, по ходу решения задачи рассуждают вслух, просят разрешения записать исходные данные, используют различные ими найденные вспомогательные средства (например, пишут каждое предложение диктуемого текста с новой строки).

Во внеклассной жизни дети обычно активны, интересы их, как и у нормально развивающихся детей, разнообразны. Некоторые из них предпочитают тихие, спокойные занятия – лепку, рисование, конструирование, с увлечением работают со строительным материалом и разрезными картинками. Но таких детей меньшинство. Большинство предпочитают подвижные игры, любят побегать, порезвиться. К сожалению, и у «тихих», и у «шумных» детей фантазии и выдумки в самостоятельных играх, как правило, бывает мало.

Все дети с ЗПР любят разного рода экскурсии, посещение театров, кинотеатров и музеев, иногда это их так захватывает, что они несколько дней находятся под впечатлением увиденного. Они также любят занятия физкультурой и спортивные игры, и, хотя у них обнаруживается явная двигательная неловкость, недостаточная координированность движений, неумение подчиняться заданному (музыкальному или словесному) ритму, со временем, в процессе обучения, школьники достигают значительных успехов и в этом плане выгодно отличаются от умственно отсталых детей.

Обычно дети с ЗПР проявляют исполнительность и аккуратность при выполнении работ по уборке помещения и территории, по уходу за растениями и животными, но только в том случае, если эти работы не требуют от них длительного напряжения и разнообразны. Такие дети любят участвовать в самодеятельности, причем именно в этом случае весьма отчетливо проявляются их интересы и возможности.

Описанные особенности поведения детей с ЗПР при недостаточном знакомстве с ними (например при одноразовом посещении урока) могут создать впечатление, что к ним вполне применимы все условия и требования обучения, предусмотренные для учеников

общеобразовательной школы. Однако комплексное (клиническое и психолого-педагогическое) изучение учащихся данной категории показывает, что это далеко не так. Их психофизиологические особенности, своеобразие познавательной деятельности и поведения приводят к тому, что содержание и методы обучения, темп работы и требования общеобразовательной школы оказываются для них непосильными.

Рабочее состояние детей с ЗПР, во время которого они способны усвоить учебный материал и правильно решить те или иные задачи, кратковременно. Как отмечают учителя, нередко дети способны работать на уроке всего 15 – 20 минут, а затем наступает утомление и истощение, интерес к занятиям пропадает, работа прекращается. В состоянии утомления у них резко снижается внимание, возникают импульсивные, необдуманные действия, в работах появляется множество ошибок и исправлений. У некоторых детей собственное бессилие вызывает раздражение, другие категорически отказываются работать, особенно если требуется усвоить новый учебный материал.

Этот небольшой объем знаний, который детям удается приобрести в период нормальной работоспособности, как бы повисает в воздухе, не связывается с последующим материалом, недостаточно закрепляется. Знания во многих случаях остаются неполными, отрывистыми, не систематизируются. Вслед за этим у детей развивается крайняя неуверенность в своих силах, неудовлетворенность учебной деятельностью. В самостоятельной работе дети теряются, начинают нервничать и тогда не могут выполнить даже элементарных заданий. Резко выраженное утомление возникает после занятий, требующих интенсивного умственного выражения.

В целом дети с ЗПР тяготеют к механической работе, не требующей умственных усилий: заполнение готовых форм, изготовление несложных поделок, составление задач по образцу с изменением лишь предметных и числовых данных. Они тяжело переключаются с одного вида деятельности на другой: выполнив пример на деление, нередко осуществляют эту же операцию и в следующем задании, хотя оно на умножение. Однообразные действия, не механические, а связанные с умственным напряжением, также быстро утомляют учащихся.

В возрасте 7–8 лет такие учащиеся тяжело входят в рабочий режим урока. Долгое время урок для них остается игрой, поэтому они могут вскочить, пройтись по классу, поговорить с товарищами, что-то выкрикнуть, задавать вопросы, не относящиеся к уроку, без конца переспрашивать учителя. Утомляясь, дети начинают вести себя по-разному: одни становятся вялыми и пассивными, ложатся на парту, бесцельно смотрят в окно, притихают, не досаждают учителю, но и не работают. В свободное время стремятся уединиться, спрятаться от товарищей. У других, наоборот, возникает повышенная возбудимость, расторможенность, двигательное беспокойство. Они постоянно что-то вертят в руках, теребят пуговицы на своем костюме, играют разными предметами. Эти дети, как правило, очень обидчивы и вспыльчивы, часто без достаточных оснований могут наругать, обидеть товарища, порой становятся жестокими.

Для вывода детей из таких состояний требуется время, особые методы и большой такт со стороны учителя.

Осознавая свои затруднения в учебе, некоторые учащиеся пытаются самоутвердиться собственными путями: подчиняют себе более слабых физически товарищей, командуют ими, заставляют выполнять за себя неприятную работу (уборка в спальне, в классе), показывают свое «геройство», совершая рискованные поступки (прыгают с высоты, влезают по опасной лестнице и др.); могут сказать неправду, например, похвастаться какими-либо поступками, которые они не совершали. В то же время эти дети обычно чувствительны к несправедливым обвинениям, остро на них реагируют, с трудом успокаиваются. Физически более слабые

школьники легко подчиняются «авторитетам» и могут поддерживать своих «вожачков» даже тогда, когда те явно не правы.

Неправильное поведение, проявляющееся у младших школьников в сравнительно безобидных поступках, может перерасти в стойкие черты характера, если своевременно не принять соответствующих воспитательных мер.

Знание особенностей развития детей с ЗПР чрезвычайно важно для понимания общего подхода к работе с ними.

Психологические особенности детей с ЗПР приводят к их неуспеваемости в школе. Знания, приобретенные учащимися с ЗПР в условиях общеобразовательной школы, не удовлетворяют требованиям школьной программы. Особенно слабо усвоенными (или вовсе не усвоенными) оказываются те разделы программы, которые требуют значительной умственной работы или последовательного многоступенчатого установления зависимости между изучаемыми объектами или явлениями. Следовательно, принцип систематичности обучения, предусматривающий усвоение детьми с ЗПР основ наук в виде системы знаний, умений и навыков, остается нереализованным. Столь же нереализованным остается для них и принцип сознательности и активности в обучении. Отдельные правила, положения, законы дети часто запоминают механически и поэтому не могут применить их при самостоятельной работе.

При выполнении письменных работ обнаруживаются весьма характерные для детей рассматриваемой категории просчеты в действиях, необходимых для правильного выполнения задания. Об этом свидетельствуют многочисленные исправления, производимые ребенком по ходу работы, большое количество ошибок, остающихся неисправленными, частое нарушение последовательности действий и опускания отдельных звеньев задания. Подобные недостатки во многих случаях можно объяснить импульсивностью таких учеников, недостаточной сформированностью их деятельности.

Низкий уровень учебных знаний служит доказательством малой продуктивности обучения детей данной группы в условиях общеобразовательной школы. Но поиск эффективных средств обучения необходимо вести не только в связи с разработкой приемов и методов работы, адекватных особенностям развития таких детей. Само содержание обучения должно приобрести коррекционную направленность.

Известно, что обучение в школе опирается на тот жизненный опыт, те наблюдения и знания об окружающей действительности, которыми ребенок овладевает в дошкольном возрасте. К обучению в школе ребенок должен быть не только готов психологически, но и владеть определенным запасом элементарных, в основном, практических знаний, которые служат предпосылкой для овладения основными науками. Отсутствие этих знаний лишает обучение в начальных классах прочной наглядно-действенной опоры.

Так, для овладения русским языком в школе необходимо, чтобы у ребенка уже в дошкольном возрасте создались определенные предпосылки к его усвоению в виде элементарных практических обобщений в области языка: звуковых, морфологических, лексических, грамматических; сформировались элементарные фонематические представления; сложилось умение производить несложный звуковой анализ; дифференцировать звуки речи, различать и выделять их в слове, определять их число и последовательность в простых словах. Для овладения школьной программой по математике ребенок должен иметь практические знания о количестве, величине, форме предметов, уметь сравнивать, уравнивать, уменьшать и увеличивать их количество. Все это дети специально учат в детском саду, однако дети с ЗПР не усваивают программу подготовки к школе в полном объеме.

Проверка показала, что устная речь детей указанной категории, проучившихся год в общеобразовательной школе, отличается бедностью словаря и примитивностью грамматических конструкций, хотя она удовлетворяет потребности повседневного общения ребенка, в ней нет грубых нарушений произношения, грамматического строя. Практические языковые обобщения у таких детей сформированы в значительно меньшей степени, чем у их нормально развивающихся сверстников. Обнаруживается диффузность фонематических представлений и слабая ориентация в звуковом и слоговом составе слов, недостаточная вариативность и гибкость в использовании грамматических средств. К усвоению математических знаний дети с ЗПР также подготовлены слабее своих нормально развивающихся сверстников. Их представления о предметно-количественных отношениях и практические измерительные навыки также оказались недостаточно сформированными. Следовательно, и в этом отношении школьники рассматриваемой категории в первый год обучения в массовой школе были менее развитыми.

Из сказанного видно, сколь важна специальная коррекционная работа по восполнению пробелов в элементарных знаниях и практическом опыте детей для создания у них готовности к усвоению основ научных знаний. Соответствующая работа должна войти в содержание первоначального обучения школьников с ЗПР и осуществляться на протяжении ряда лет, поскольку изучение каждого нового раздела учебной программы должно опираться на практические знания и опыт, которых, как показали исследования, у рассматриваемой категории детей обычно не хватает. Те практические действия с предметами, которые предусматриваются методиками общеобразовательной школы, не могут восполнить пробелов в знаниях учеников с ЗПР, поскольку при этом не актуализируются их представления о реальных предметах и их отношениях.

В прямой зависимости от конкретного содержания учебного предмета (практические предварительные знания или научно-теоретическое обобщение) стоят и используемые при этом методы работы: практические действия с предметами, активные эпизодические и долговременные наблюдения за различными явлениями природы, экскурсии, воссоздание определенных ситуаций, использование уже усвоенных способов решения той или иной задачи, работы по картинкам, по наглядному образцу, по учебнику, по инструкции учителя и т.д. Каким из этих методов воспользоваться учителю, объясняется тем, насколько они обеспечивают развитие у детей наблюдательности, внимания и интереса к изучаемым предметам, умения разносторонне анализировать и сравнивать объекты по одному или нескольким признакам, обобщать явления, делать соответствующие выводы и заключения.

Важнейшей задачей психологической помощи детям с ЗПР является развитие у них мыслительных процессов анализа, синтеза, сравнения и обобщения.

Известно, что нормально развивающийся ребенок начинает овладевать умственными операциями и способами мыслительной деятельности уже в дошкольном возрасте. Несформированность этих операций и способов действий у детей с ЗПР приводит к тому, что даже в школьном возрасте они оказываются привязанными к конкретной ситуации, в силу чего приобретаемые знания остаются разрозненными, часто ограничиваются непосредственным чувственным опытом. Такие знания не обеспечивают развития детей в полном объеме. Лишь приведенные в единую логическую систему, они становятся основой умственного роста учащегося и средством активизации познавательной деятельности.

Неотъемлемой частью коррекционного обучения детей с ЗПР является нормализация их деятельности, и в частности учебной, которая характеризуется крайней неорганизованностью, импульсивностью, низкой продуктивностью. Учащиеся данной категории не умеют планировать свои действия, контролировать их; не руководствуются в своей деятельности конечной целью, часто «перескакивают» с одного на другое, не завершив начатое.

Нарушение деятельности детей с ЗПР – существенный компонент в структуре дефекта, он тормозит обучение и развитие ребенка. Нормализация деятельности составляет важную часть коррекционного обучения таких детей, которая осуществляется на всех уроках и во внеурочное время, но преодоление некоторых сторон этого нарушения может явиться содержанием специальных занятий.

Таким образом, целый ряд особенностей детей с ЗПР определяет общий подход к ребенку, специфику содержания и методов коррекционного обучения. При соблюдении специфических условий обучения дети этой категории способны овладеть учебным материалом значительной сложности, рассчитанным на нормально развивающихся учащихся общеобразовательной школы. Это подтверждается опытом обучения детей в специальных классах и успешностью последующего обучения большинства из них в общеобразовательной школе.

При задержке психического развития имеет место резидуально-органическая недостаточность центральной нервной системы, приводящая к неравномерности формирования психических функций, что обуславливает особенности развития, поведения детей и определяет специфику содержания и методов коррекционного обучения.

· Психолого-педагогическая характеристика детей с ЗПР включает отличительные признаки этой категории детей как от нормально развивающихся сверстников, так и от детей с умственной отсталостью. Однако в силу схожести поведенческих проявлений дифференциальная диагностика может представлять определенные трудности. Всесторонне психологическое обследование и изучение познавательной деятельности детей с ЗПР служат важным фактором правильной диагностики и выбора путей обучения и коррекции. При соблюдении специфических условий обучения и психологической помощи дети этой категории способны овладеть учебным материалом значительной сложности, рассчитанным на нормально развивающихся учащихся общеобразовательной школы.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Как вы понимаете ключевые термины раскрывающие суть ЗПР: «тотальность», «конституциональные факторы», «легкая дисфункция мозга», «минимальная мозговая дисфункция», «иррегулярность» «психофизический инфантилизм», «церебрастенические явления».

2. Почему задержка психического развития является вариантом дизонтогенеза?

3. Охарактеризуйте многообразие причин возникновения задержек психического развития у детей.

4. Какие формы задержки психического развития вы знаете?

5. Опишите основные группы задержанного психического развития, предложенные В. В. Лебединским.

6. Какие особенности психического развития являются общими для детей с ЗПР?

7. Чем задержанное психическое развитие отличается от недоразвития и нормы? В чем принципиальное отличие задержки психического развития от умственной отсталости? Назовите психологические качества детей с задержкой психического развития, принципиально отличающие их от умственно отсталых детей.

8. Каковы признаки задержки психического развития у младших школьников? Каковы особенности учебной деятельности детей с ЗПР?

9. Предложите программу диагностики задержки психического развития.

10. Какие формы и методы психологической помощи помогут детям с ЗПР успешно обучаться в школе?
11. Подготовьте сообщение для педагогов начальных классов о причинах неуспеваемости школьников и организации индивидуального подхода в процессе обучения.

Литература

1. Богдан Н.Н., Могильная М.М., редактор: Александрова Л.И. Специальная психология: [Электронный ресурс] // Сайт цифровых учебно-методических материалов ВГУЭС // abc.vvsu.ru, методическое обеспечение учебного процесса. Режим доступа: http://abc.vvsu.ru/Books/up_spec_psihologija/page0025.asp
2. Власова Т.А., Лубовский В.И. Дети с задержкой психического развития (НИИ дефектологии АПН СССР). – М.: Педагогика, 1984.
3. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. – М., 1973.
4. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии: Сб. // Под ред В.И. Лубовского. – М.: Просвещение, 1994.
5. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития [Электронный ресурс] // Альманах института коррекционной педагогики: научно-методический журнал 2014, №19. Режим доступа: <http://almanah.ikprao.ru/ru/articles/almanah-9/osnovnye-voprosy-kliniki-i-sistematiki>
6. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: Учебное пособие. – М.: МГУ, 1985.
7. Лубовский В.В. Психологические проблемы диагностики задержки психического развития детей. – М., 1989. – 100 с.
8. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии.- СПб.: Речь, 2003.- 400с. ISBN: 5-9268-0166-4 С.378.

Лекция 7. ДЕТИ С ДЕФИЦИТАРНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ

Цель: Изучить психические особенности детей с дефицитарным типом развития; рассмотреть их виды и направления психологической помощи.

План:

1. Общая характеристика дефицитарного психического развития;
2. Психологические особенности детей с глубокими нарушениями зрения;
3. Психологическая характеристика детей с нарушениями слуха;
4. Дети со сложным (комбинированным) дефектом;
5. Дети с нарушениями речи
6. Психическое развитие детей с детским церебральным параличом;
7. Нарушения развития речи у детей и их коррекция.

Дефицитарное развитие – один из вариантов дизонтогенеза, при котором развитие происходит в условиях выпадения одной или нескольких (при комбинированном дефекте) функций: зрения, слуха, речи, двигательной сферы. Нарушения в этих сферах могут быть различной степени выраженности – от полного отсутствия при комплексных нарушениях, до незначительного снижения способностей к реализации соответствующей деятельности. Дефицит деятельности отдельных анализаторов может в разной степени затрагивать те или иные компоненты или даже психику в целом. Органический дефект, нарушая социальные контакты, может привести к целому ряду отклонений в формировании и развитии личности детей.

Знание психологических особенностей личности детей с нарушениями развития важно, поскольку в большинстве случаев решающее значение приобретает не столько вид и степень дефекта, как то, у кого возник дефект, то есть, какова личность этого человека.

Нарушение зрительных функций оказывает серьезное влияние на развитие психики в связи с той огромной ролью, которую играет зрение в жизни человека. У лиц с глубокими нарушениями зрения сокращаются или полностью отсутствуют зрительные ощущения и восприятия, что приводит к уменьшению количества представлений, снижает возможности развития мышления, речи, воображения. Наблюдается снижение психической активности (особенно в дошкольном и преддошкольном возрасте), возникают изменения в эмоционально-волевой сфере и ориентировочной деятельности. Причем, в наибольшей степени данные особенности проявляются у *незрячих с рождения детей и детей, потерявших зрение в период формирования речи*, и наименее они выражены у *слабовидящих*.

Исследования специалистов показывают, что задержка развития, вызванная нарушением зрения, при соответствующих условиях обучения и воспитания преодолевается. Однако этот процесс занимает длительное время, требует больших усилий и знания специфических отклонений и сохранных возможностей детей.

Среди особенностей **внимания** незрячих детей специалисты отмечают нарушение мимического выражения внимания, снижение его объема и устойчивости, расстройства переключаемости.

Серьезные нарушения зрения отражаются на **сенсорной организации** человека и его познавательной деятельности. Полная или частичная потеря зрения приводит к перестройке

работы других анализаторных систем: у тотально слепых утраченные зрительные функции замещаются деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов, у частично зрячих доминирующим видом восприятия остается зрение.

Экспериментально доказано, что отсутствие или ограничение зрительного восприятия приводит к нарушению всех компонентов перцепции независимо от модальности: снижению избирательности восприятия и апперцепции, недостаточности осмысленности и обобщенности воспринимаемых объектов, нарушению их константности и целостности. Особенности восприятия слепых и слабовидящих детей приводят к снижению активности отражательной деятельности, сужению круга интересов, недостаточности чувственного опыта, а также к меньшему по сравнению с нормой эмоциональному воздействию объектов внешнего мира.

Исследования особенностей **мнестической деятельности** детей показали, что нарушение зрительных функций отрицательно влияет на скорость запоминания, продуктивность сохранения и качество воспроизведения. Кроме того, у слепых и слабовидящих детей отмечаются недостаточная осмысленность запоминаемого материала, низкий уровень развития логической памяти, затруднения в припоминании. Исследователи подчеркивают важную компенсаторную роль памяти у лиц с нарушениями зрения, отмечают необходимость коррекции ее дефектов и развития сохранных возможностей, например слуховой и тактильной памяти.

Полная или частичная утрата функции зрения, ограничивая возможность чувственного отражения внешнего мира, отражается и на процессе развития **мышления**. У слепых и слабовидящих детей затруднены операции анализа и синтеза, отмечается недостаточная полнота сравнения. Наблюдаются нарушения классификации, обобщения, абстрагирования и конкретизации. Однако эти недостатки не делают мышление слепых неотвратно неполноценным. В условиях специального обучения в значительной мере устраняется основная причина замедленного развития мышления – пробелы в сфере чувственных, конкретных знаний, и это способствует коррекции отклонений в развитии мышления слепых и слабовидящих детей.

Речь у незрячих детей, помимо своих основных функций, выполняет особую, компенсаторную функцию, так как о многих предметах и явлениях дети с нарушениями зрения могут получить представление только при помощи речи. Специфика речевого развития слепых и слабовидящих проявляется в сниженной динамике накопления языковых средств, своеобразии содержания лексики и соотношения слова и образа, а также в некотором отставании формирования речевых навыков и языкового чутья. Вместе с тем обогащение речевой среды, развитие слуховой памяти и слухового внимания способствуют развитию речи ребенка и достижению им нормативного уровня речевой деятельности, в том числе в овладении письменной речью, которую незрячие дети осваивают по системе Брайля (выпуклого шеститочия).

Таким образом, органический дефект, нарушая познавательную деятельность и ограничивая социальные контакты, может привести к целому ряду отклонений в формировании и развитии личности слепых и слабовидящих детей в целом. К **личностным особенностям** детей относятся изменения в динамике потребностей, связанные с затруднением их удовлетворения, сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного опыта, отсутствие или нарушение внешнего проявления внутренних состояний и, как следствие – недостаточность эмоциональной сферы.

Неблагоприятные условия воспитания (чрезмерная опека или, наоборот, недостаток внимания) детей рассматриваемой категории приводят к возникновению у них таких личностных качеств, как эгоизм, установка на постоянную помощь, равнодушие к окружающим и др. Ограниченные контакты с окружающими влекут за собой замкнутость,

некоммуникабельность, стремление уйти в свой внутренний мир. Это затрудняет формирование деловых и личностных взаимоотношений с окружающими.

Основной задачей реабилитационной работы в целях интеграции индивидов по зрению в общество является установление или восстановление социальных контактов как со сверстниками, так и значимыми взрослыми людьми, расширение сферы деятельности (общественно-полезный труд, занятия спортом, музыкальным искусством и т.д.), то есть социально-психологическая адаптация.

Потеря слуха лишает ребенка важного источника информации и ограничивает тем самым процесс его интеллектуального развития. Однако эти недостатки в значительной мере могут быть компенсированы применением специальных методов и технических средств в обучении. Выделяют следующие группы детей с недостатками слуха:

1. *Неслышащие* – дети с полным отсутствием слуха, который не может использоваться для накопления речевого запаса. Эта группа разделяется на подгруппы: *неслышащие без речи* (дети, родившиеся глухими или потерявшие слух в возрасте до 2–3 лет, до формирования речи) и *неслышащие, потерявшие слух, когда речь практически была сформирована* – у таких детей необходимо предохранять речь от распада, закреплять речевые навыки.

2. *Слабослышащие* – дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие.

Нарушение слуха непосредственно влияет на речевое развитие ребенка и оказывает опосредованное влияние на формирование памяти, мышления. Что же касается особенностей личности и поведения неслышащего и слабослышащего ребенка, то они не являются биологически обусловленными и при создании соответствующих условий поддаются коррекции в наибольшей степени.

В связи с нарушением слуха особую роль приобретает зрение, на базе которого развивается речь глухого ребенка. Очень важными в процессе познания окружающего мира становятся двигательные, осязательные, тактильно-вибрационные ощущения.

По исследованиям Т.В. Розановой, **память** неслышащих и слабослышащих детей отличается рядом особенностей. Запоминание находится в тесной зависимости от способа предъявления материала, поэтому у детей затруднено запоминание, сохранение и воспроизведение речевого материала – слов, предложений и текстов. Специалисты отмечают, что особенности словесной памяти детей с нарушениями слуха находятся в прямой зависимости от замедленного темпа их речевого развития.

Специфические особенности воображения детей с недостатками или отсутствием слуха обусловлены замедленным формированием их речи и абстрактного **мышления**. Воссоздающее **воображение** играет особую роль в познавательной деятельности глухих и слабослышащих детей. Его развитие затрудняется ограниченными возможностями ребенка к усвоению социального опыта, бедностью запаса представлений об окружающем мире, неумением перестраивать имеющиеся представления в соответствии со словесным описанием. Исследование творческого воображения глухих и слабослышащих детей также показывает наличие ряда особенностей, связанных с недостаточным объемом информации об окружающем мире. Подчеркивая необходимость развития воображения глухих и слабослышащих детей, специалисты отмечают его важное влияние на процесс формирования личности в целом.

Нарушение слуха оказывает влияние на формирование всех мыслительных операций, приводит к затруднениям в использовании теоретических знаний на практике. Исследования показали, что глухому школьнику нужно несколько больше времени для осмысления полученных знаний, чем его слышащему сверстнику.

Умственное развитие нормально развивающегося ребенка опирается на **речь**. У ребенка с нарушением слуха наблюдается расстройство всех основных функций речи (коммуникативной, обобщающей, сигнификативной, контрольной, регулирующей) и составных частей языка (словарный запас, грамматический строй, фонетический состав). Поэтому дети, страдающие глубокими нарушениями слуха, в общем уровне развития отстают от своих сверстников. На почве нарушений устной речи ребенка возникает расстройство письменной речи, которое проявляется в форме различных дисграфий и аграмматизмов. При полной потере слуха речь ребенка формируется только в условиях специального обучения и с помощью вспомогательных форм – мимико-жестовой речи, дактильной, чтения с губ.

В соответствии с общими закономерностями психического развития **личность** глухого и слабослышащего ребенка формируется в процессе общения со сверстниками и взрослыми в ходе усвоения социального опыта. Нарушение или полная потеря слуха приводят к трудностям в общении с окружающими, замедляет процесс усвоения информации, обедняет опыт детей и не может не отразиться на формировании их личности. Слышащие дети значительную часть социального опыта усваивают спонтанно, дети с нарушениями слуха в этом плане ограничены в своих возможностях.

Трудности общения и своеобразия взаимоотношений с обычными детьми могут привести к формированию некоторых негативных черт личности, таких как агрессивность, замкнутость. Однако специалисты считают, что при своевременно оказанной коррекционной помощи отклонения в развитии личности детей с глубокими нарушениями слуха могут быть преодолены. Эта помощь заключается в преодолении сенсорной и социальной депривации, в развитии социальных контактов ребенка, во включении его в общественно-полезную деятельность.

Органическое поражение центральной нервной системы часто приводит к возникновению сложных дефектов, представляющих собой сочетание двух и более нарушений развития. К данной категории относятся дети, имеющие аномалии развития сенсорных функций (зрения, слуха) в сочетании с интеллектуальной недостаточностью (умственно отсталые незрячие или слабовидящие, умственно отсталые неслышащие или слабослышащие), а также дети, у которых сочетаются различные сенсорные нарушения (глухие слабовидящие, слепые слабослышащие, слепоглухие), или имеется сочетание нарушений опорно-двигательного аппарата с сенсорными или интеллектуальными расстройствами.

При этом сложный дефект представляет собой не просто механическое сочетание различных дефектов, а качественно особое состояние человеческого организма. **Комбинированный дефект** искажает психическое развитие в наибольшей степени. Например, при слепоглухоте речь идет об искусственном формировании человеческой психики, так как у ребенка практически отсутствуют возможности взаимодействия с внешним миром.

Профессор И.А. Соколянский, основоположник теории и практики обучения слепоглухих детей в нашей стране, писал: «Слепоглухонемой ребенок обладает нормальным мозгом и имеет потенциальную возможность полноценного умственного развития. Однако его особенностью является то, что, обладая этой возможностью, своими собственными усилиями он никогда не достигнет даже самого незначительного умственного развития. Без специального обучения такой ребенок на всю жизнь остается полным инвалидом». Развитие человеческого существа, отгороженного стеной молчания и темноты от окружающего многообразного мира, должно быть глубоко своеобразным, и это своеобразие привлекало внимание всех, кто в той или иной мере сталкивался со слепоглухими.

Широчайшую известность во всем мире получила слепоглухая **Елена Келлер** (1880–1986 гг.). Она была первым человеком, который, не имея зрения и слуха (потеряла слух и зрение из-за болезни в 19 месяцев), не только овладела словесной речью во всех ее видах – дактильной, устной, письменной по системе Брайля и буквенной, но и получила высшее образование, окончила университет, написала автобиографию, получила ученую степень, говорила на нескольких языках, стала писательницей, издала 7 книг, которые переведены почти на все языки мира. «Знание – есть счастье, потому что иметь знание – широкое и глубокое, – значит уметь распознавать настоящее от ложного, возвышенное от низменного», – так писала сама Елена Келлер. С 7 лет воспитателем и учителем Елены Келлер была Анна Салливан (Sullivan-Macy). Благодаря Келлер и Салливан был разрушен социальный миф об обреченности слепоглухонемых на *умственную отсталость*.

Воспитанница И.А. Соколянского и А.И. Мещерякова наша соотечественница слепоглухая **Ольга Скороходова** также достигла высокого интеллектуального уровня. Советский учёный-дефектолог, педагог, литератор, кандидат педагогических наук, работая в Научно-исследовательском институте дефектологии Академии педагогических наук СССР, являлась единственным в мире слепоглухим научным сотрудником. При полном отсутствии зрения и слуха создала ряд научных работ, затрагивающих проблему развития, воспитания и обучения слепоглухонемых детей. Она написала книгу, ставшую психологическим бестселлером, «Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир». **Ольга Ивановна полагала, что должна смело идти навстречу жизни, заранее зная, что её ждут настоящие опасности. Это был ею, чётко осознанный принцип, испытанный в действии. Ради своей цели нужно рисковать, а цель должна быть большой. Только тогда жизнь даёт настоящую радость, хотя этот путь и нелёгок.**

Чуть больше десятилетия назад четверо воспитанников Загорского детского дома для слепоглухих детей, успешно получив среднее образование, стали студентами МГУ, а, закончив университет, продолжают заниматься научной работой в области психологии.

Эти и другие успехи специальной психологии и коррекционной педагогики показывают большие возможности детей со сложными дефектами в развитии и овладении общечеловеческими ценностями, делая тем самым возможной и необходимой коррекционно-развивающую и реабилитационную работу с ними.

Дети с нарушениями двигательной сферы

В основе **детского церебрального паралича** (ДЦП) лежит раннее повреждение или недоразвитие мозга, вследствие которого возникают различные психомоторные нарушения: повышение мышечного тонуса (спастичность) в сочетании со слабостью мышц (паретичностью), что приводит к ограничению или невозможности произвольных движений; появление насильственных движений (гиперкинезов); нарушение равновесия и координации движений (неустойчивость при сидении, стоянии и ходьбе); нарушения ощущения движений тела или его частей.

В этиопатогенезе ДЦП задействованы многочисленные пре-, интра- и постнатальные факторы. Так, поражение ЦНС, приводящее к ДЦП, может происходить вследствие [8]:

- аноксии/асфиксии/гипоксии плода;
- недоношенной беременности;
- задержки внутриутробного развития;
- внутриутробного инфицирования;
- гемолитической болезни новорожденных (ГБН);
- тромбофилии у матери;

- аномалий развития ЦНС и ее деструктивных изменений;
- других факторов.

Считается, что хромосомные дефекты также обладают определенной значимостью в развитии ДЦП.

Клинико-физиологические аспекты ДЦП определяются локализацией и тяжестью поражения мозга. Нарушения возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательными механизмами. К таким структурам относятся:

- периферические двигательные нервы к мышцам;
- ядра этих периферических двигательных нервов, расположенные в стволе головного мозга;
- ядра, расположенные в стволе и в подкорковых отделах мозга и осуществляющие элементарные эмоциональные безусловно-рефлекторные реакции.

Согласно применяемой в нашей стране классификации **К.А. Семенов** (1974) выделяются пять форм церебрального паралича основанные этой классификации положена специфика клинической картины, которая в значительной мере обусловлена разным характером поражения.

1. **Спастическая диплегия** (болезнь Литтля) является самой распространенной формой церебрального паралича. У больных с этой формой заболеванием отмечается тетрапарез, при котором руки страдают меньше, чем ноги. Многие пациенты со спастической диплегией хорошо интеллектуально развиты.

2. **Двойная диплегия** характеризуется тяжелым поражением всех конечностей, выраженной ригидностью мышц. Дети не могут даже сидеть. Интеллектуальное развитие большей частью на уровне олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности или идиотии.

3. **Гиперкинетическая форма**, при которой различные гиперкинезы могут сочетаться с параличами и парезами или выступать как самостоятельный вид расстройств. Интеллект в большинстве случаев развивается удовлетворительно.

4. **Атонически-астеническая форма** характеризуется парезами, низким тонусом мышц, мозжечковыми симптомами. В половине случаев имеется олигофрения в степени дебильности и имбецильности.

5. **Гемипаретическая форма** — парезы одной стороны тела, поражение тяжелей в верхних конечностях. У 25-35 % детей наблюдается олигофрения.

За рубежом придерживаются иной классификации форм церебрального паралича. Там принято выделять три типа этого заболевания:

1. Спастическая (spastic) является самой крупной группой с наиболее характерными неврологическими симптомами типа ригидности движения и неспособность расслабить свои мышцы. Примерно у 75 процентов больных с церебральными параличами обнаруживается спастическое состояние мышц в качестве основного неврологического симптома.

2. Атетотическая (athetoid) — основные неврологические симптомы проявляются как произвольные движения, которые препятствуют произвольным нормальным движениям тела. Атетозом страдает около 10 процентов больных.

3. Атаксическая (ataxic). В этой группе доминирующий симптом заключается в неправильной координации произвольных движений, часто ведущий к неустойчивой походке и плохому равновесию тела; часто пораженной является координация глаз-рука. Около 5 процентов больных с церебральным параличом имеют эти симптомы, что является сравнительно редким состоянием.

Существует еще одна группа больных церебральным параличом, у которых обнаруживается сочетание вышеизложенных симптомов. Она составляет около 10 процентов больных с церебральными параличами.

Существенным звеном в структуре нарушений моторики при ДЦП является патология реципрокной координации. Во многих мышцах наряду с волокнами, выполняющими основное движение, имеются антагонистические группы, совместная работа тех и других обеспечивает точность и дифференцированность содружественных движений.

Наличие насильственных движений – частый признак ДЦП. Отмечаются подергивания языка, губ иногда в сочетании с гримасами лица, тремор языка, в тяжелых случаях – непроизвольное открытие рта, выбрасывание языка вперед, насильственная улыбка. Насильственные движения наблюдаются и в покое, и в статических позах. Этим они отличаются от синкинезий – непроизвольных сопутствующих движений, которые возникают только при произвольных движениях.

При ДЦП часто проявляется синдром нарушений речевого дыхания, а также голоса и мелодико-интонационные расстройства. Нарушения голоса связаны с парезами мышц языка, губ, мягкого неба, голосовых складок, мышц гортани, нарушениями их мышечного тонуса и ограничением подвижности. Наиболее часто они характеризуются недостаточной силой голоса (голос слабый, тихий, иссякающий в процессе речи), нарушениями тембра голоса (глухой, назализованный, хриплый, монотонный, сдавленный, тусклый; может быть гортанным, форсированным, напряженным, прерывистым и т.д.), слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона). В связи с этим у отдельных детей с дизартрией имеет место задержка темпов речевого развития, речевая инактивность, вторичные нарушения лексико-грамматического строя речи.

Грубое нарушение речи, двигательных функций отрицательно отражается на умственном и общем развитии ребенка с ДЦП. Однако, несмотря на всю сложность и многообразие проявлений основного дефекта при ДЦП, большинство детей способны овладеть комплексом трудовых навыков благодаря использованию оптимальных приемов и методов обучения. Обязательным условием успешности обучения является учет индивидуальных особенностей проявления патологии, тесное сотрудничество учителей, врачей, психологов и родителей.

Специальная организация системы обучения, сочетание восстановительного лечения, психологической помощи, коррекционной работы с освоением адаптированных образовательных программ и трудовой подготовкой приводят к успешной реабилитации детей с детскими церебральными параличами.

Дети с нарушением развития речи полно изучались в работах отечественных психологов: Л. С. Выготского, Т.А. Власовой, В.И. Селиверстова, Р.Е. Левиной и др. Согласно их исследованиям дефекты развития речи – это общее понятие, включающее практически все отклонения в речевом развитии. Нарушения речи могут в разной степени затрагивать те или иные компоненты речи и психики в целом, поскольку речь — особая высшая психическая функция, обеспечиваемая головным мозгом, любые отклонения в ее развитии должны быть вовремя замечены..

Речь становится важным средством связи между ребенком и окружающим миром, наиболее совершенной формой общения, присущей только человеку. Для нормального формирования речи необходимо, чтобы кора головного мозга достигла определенной зрелости, был сформирован артикуляционный аппарат, сохранен слух, ребенок должен с рождения находиться в адекватной социальной речевой среде.

Речь представляет собой одну из сложных высших психических функций и имеет две важнейшие составляющие:

- восприятие звуков речи, за которое отвечает *центр Вернике* (находится в слуховой коре височной доли);
- воспроизведение звуков, слов, фраз — речедвигательная функция, которая обеспечивается *центром Брока* (располагается в нижних отделах лобной доли, в непосредственной близости от проекции в коре мускулатуры, участвующей в речи).

Оба речевых центра у правой располагаются в левом полушарии головного мозга, а у левой — наоборот, в правом.

До настоящего времени не разработано единой классификации речевых расстройств у детей. В зависимости от ведущих нарушений, лежащих в основе речевых расстройств у детей, **Л. О. Бадалян** (1986, 2000) предложил приведенную ниже классификацию.

I. Речевые расстройства, связанные с органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС). В зависимости от уровня поражения речевой системы они делятся на следующие формы.

Афазии — распад всех компонентов речи в результате поражения корковых речевых зон.

Алалии — системное недоразвитие речи в результате поражения корковых речевых зон в доречевом периоде.

Дизартрии — нарушение звукопроизносительной стороны речи в результате нарушения иннервации речевой мускулатуры. В зависимости от локализации поражения выделяют несколько вариантов дизартрий: псевдобульбарная, бульбарная, подкорковая, мозжечковая.

II. Речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями ЦНС (заикание, мутизм и сурдомутизм).

III. Речевые нарушения, связанные с дефектами строения артикуляционного аппарата (механические дислалии, ринопалия).

IV. Задержки речевого развития различного происхождения (при недоношенности, при тяжелых заболеваниях внутренних органов, педагогической запущенности и т. д.).

Психолого-педагогическая классификация (Л. С. Волкова, С. Н. Шаховская и др., 1999) построена на противоположном принципе — «от частного к общему». Подобный подход ориентирован на логопедическое воздействие как педагогический процесс, разработку методов логопедической коррекции для работы с коллективом детей (учебной группой, классом). С этой целью определяются общие проявления различных форм речевых расстройств. В соответствии с данной классификацией нарушения речи подразделяются на две группы: нарушение средств общения и нарушения в применении средств общения. Нарушения средств общения включают фонетико-фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи (ОНР).

По мнению Р.Е. Левиной, не существует речевого нарушения самого по себе, оно всегда связано с личностью и психикой конкретного индивидуума со всеми присущими ему особенностями. Роль недостатков речи в развитии и судьбе ребенка зависит от природы дефекта, его степени, а также от того, как ребенок относится к своему дефекту.

Речевые нарушения у детей могут также приводить и к нарушениям их эмоционально-волевой сферы, что может стать причиной возникновения патологических форм поведения.

У детей с отклонениями в развитии речи можно довольно часто наблюдать переоценку собственных сил и возможностей и своего положения в группе, то есть неадекватно завышенный уровень притязаний. Такие дети некритично стремятся к лидерству, реагируют негативизмом и агрессией на любые затруднения, сопротивляются требованиям взрослых либо отказываются от выполнения деятельности, в которой могут обнаружить свою несостоятельность. В основе возникающих у них резко отрицательных эмоций лежит внутренний конфликт между притязаниями и неуверенностью в себе. Однако часто можно наблюдать и прямо противоположное явление – недооценку своих возможностей.

Поведение таких детей отличается нерешительностью, конформностью, крайней неуверенностью в своих силах. Часто можно встретиться с некритичным оцениванием как собственной деятельности, так и действий других. Они легко поддаются под чужое влияние. Искаженное восприятие самого себя и окружающего мира, ошибочная оценка своих способностей и личностных свойств ведут к нарушению взаимодействия с окружающей средой и снижению эффективности деятельности, что препятствует оптимальному развитию личности. Дети с дефектами речи всегда в какой-то форме чувствуют свое невыгодное положение, вытекающее из дефекта, что, в свою очередь, может проявиться в чувстве неполноценности.

Под реакциями дезадаптации понимаются относительно кратковременные психогенные расстройства, возникающие при столкновении личности с трудными или непреодолимыми обстоятельствами и нарушающие нормальное приспособление к условиям существования (Исаев Д. Н., 1984).

Ситуации повышенного риска, предрасполагающие к возникновению реакции дезадаптации в школьном возрасте, можно представить следующим образом:

- невозможность соответствовать ожиданиям семьи (например быть отличником);
- неприятие семьей, детским коллективом, педагогами;
- неспособность справиться с учебной нагрузкой;
- враждебное отношение родителей, педагогов;
- отрыв от семьи, смена школьного коллектива.

Общей чертой реакций дезадаптации является утрата или снижение чувства защищенности. Дети могут остро реагировать на реальную или воображаемую утрату защищенности. Типичные для них кризисные ситуации связаны со снижением ценности «Я» – они действительно не оправдывают возлагавшихся на них родителями или педагогами надежд или, им почему-либо так кажется, переживают свою реальную или мнимую непризнанность, несостоятельность, боятся за свое здоровье или жизнь. Наиболее часто трудности возникают, когда ученик не справляется со школьной программой и тяжело это переживает.

Эти переживания нередко усугубляются недостаточно тактичным и негибким поведением учителя, и прогрессирование декомпенсации идет по пути развития невротоподобной симптоматики. При этом повышается тревожность, снижается самооценка (Корнев А.Н., 1997).

Практически у всех детей с таким тяжелым речевым нарушением, как заикание, выявлено своеобразие протекания психических процессов, частые проявления импульсивности или, наоборот, заторможенности. Иногда они не могут принять решение не потому, что не могут дать правильный ответ, а потому, что стрессовые состояния дезориентируют их деятельность.

Отмечены отклонения в эмоциональных, волевых и мотивационных проявлениях детей: низкая самооценка, чувство неуверенности, тревожность, немотивированные страхи, прежде всего страх речи. Одним из показателей неэффективного речевого поведения является ригидность коммуникативных приемов поведения. Замечено, что проявления заикания находятся в прямой зависимости от индивидуально-личностного отношения ребенка к тем или иным условиям общения. Степень тяжести заикания у детей адекватна степени их фиксированности на своем дефекте.

В зависимости от благоприятных или неблагоприятных социальных условий, в которых растут и воспитываются дети с заиканием, названные психические явления могут в разной степени или проявляться кратковременно, или закрепляться и перерастать в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя в целом уже психологические особенности заикающихся.

Психологические рекомендации при работе с заикающимися детьми дошкольного и младшего школьного возраста зависят от формы заикания. При невротическом заикании необходимо использовать возможности игровой деятельности, а также:

- 1) воспитывать точность, четкость, быстроту реакции, умение переключать активное внимание на качество выполнения необходимых в данный момент действий;
- 2) отводить особое место упражнениям на нормализацию мышечного тонуса и использовать с этой целью различные игровые роли и игровые действия;
- 3) формировать чувство коллективизма в играх, воспитывать волю, уверенность в своих силах, умение преодолевать трудности при выполнении действий, используя при этом психотерапевтические возможности игры;
- 4) использовать образы персонажей игр, учитывая их положительное влияние на речевую и двигательную активность, эмоциональную сферу.

Особенности работы с детьми, страдающими невротоподобным заиканием, состоят в следующем:

- 1) увеличивается индивидуализация занятий, доля помощи психолога в выборе и реализации роли, совершении игровых действий;
- 2) применяется подетально расчлененная подача игрового материала с демонстрацией отдельных элементов сюжета и игровых действий;
- 3) больше внимания уделяется вербализации действий, сочетанию речи с движениями с постепенным усложнением игровой задачи;
- 4) ввиду повышенной утомляемости детей чередуются динамические и статические действия, сокращается смена действий и продолжительность игр;
- 5) показ действий осуществляется со словесным объяснением психолога, сопряженной и ритмизованной речью;
- 6) при организации игр проводится работа по общему развитию речи, развитию слухового внимания и восприятия, коррекции недостатков звукопроизношения, увеличению словарного запаса;
- 7) объем речевых действий постепенно расширяется на протяжении всех занятий.

Нарушение или полная потеря слуха или зрения приводит к трудностям в общении с окружающими, замедляет процесс усвоения информации, обедняет опыт детей и негативно отражается на формировании личности. Развитие личности обусловлено не только дефектом

как таковым, но и тем, как ребенок осознает свой дефект и чувствует особое отношение к нему со стороны других людей.

· В зависимости от благоприятных или неблагоприятных социальных условий, в которых растут и воспитываются дети с нарушениями сенсорной или двигательной сферы, отклонения могут закрепляться и перерастать в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя психологические особенности детей, или корректироваться под влиянием целенаправленной психолого-педагогической работы.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Как вы понимаете ключевые термины раскрывающие суть *дефицитарного развития*: «сенсорный дефект», «снижение психической активности», «нарушение компонентов перцепции», «компенсаторная роль памяти», «ширифт Брайля», «компенсаторная функция речи», «сенсорная депривация», «детский церебральный паралич (ДЦП)», «дизартрия», «комбинированный дефект», «речевая инактивность», «реакции дезадаптации», «фиксированность на дефекте».

2. Назовите основные группы детей с дефицитарным развитием.

3. В чем состоит негативное влияние нарушений функций зрения и слуха на психические функции и познавательную деятельность в целом?

3. Какие пути и методы применяются при формировании речи у неслышащих детей?

4. Как нарушения двигательной сферы при ДЦП отражаются на развитии ребенка?

5. Каковы особенности развития личности детей с нарушениями речи? В какой психологической помощи они нуждаются?

1. Почему Л.С. Выготский считал основной задачей воспитания ребенка с нарушением слуха и зрения не развитие и усиление других, сохранных анализаторов, а приобщение его к социальному опыту, приспособление к труду и общественной жизни?

2. Каковы особенности личности детей с дефицитарным психическим развитием?

3. Прочитайте книгу О.И. Скороходовой «Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир» и сделайте вывод об особенностях развития и адаптации людей в условиях тотального выпадения основных функций.

4. Какова роль речи в компенсации нарушений зрения и слуха?

5. Вспомните известный фильм «Форест Гамп». Какие психологические особенности детей с нарушениями двигательной сферы нашли свое художественное воплощение в поведении главного героя?

6. Каковы задачи социально-психологической адаптации и реабилитации детей с нарушениями функций отдельных анализаторов?

7. Почему Л.С. Выготский считал, что «...хотя глухота и должна составлять неизмеримо меньший недостаток, чем слепота, она оказывается значительно большим несчастьем, так как прямее, чем слепота, нарушает социальные связи личности...»?

Литература

1. Богдан Н.Н., Могильная М.М., редактор: Александрова Л.И. Специальная психология: [Электронный ресурс] // Сайт цифровых учебно-методических материалов ВГУЭС // abc.vvsu.ru, методическое обеспечение учебного процесса. Режим доступа: http://abc.vvsu.ru/Books/up_spec_psihologija/page0025.asp
2. Божович Л. И. Проблемы формирования личности. – М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995.
3. *Заваденко Н.Н. Нарушения развития речи у детей и их коррекция:* [Электронный ресурс] // Журнал «Лечащий Врач» 2006, №5. Профессиональное медицинское издание. Включен в список ВАК. Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2006/05/4533858>
4. Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей. – Л.: Медицина, 1982.
5. Козьявкин В.И. Проблема психического здоровья детей страдающих ДЦП: [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://aupam.narod.ru/pages/deti/dcp_kozyavkin/page_01.htm
6. Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 192 с.
7. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии.- СПб.: Речь, 2003.- 400с. ISBN: 5-9268-0166-4 С.378.
8. Студеникин В. М., Шелковский В. И., Балканская С. В., Пак Л. А. Детский церебральный паралич: современные подходы к лечению: [Электронный ресурс] // Журнал «Лечащий Врач» 2007, №5. Профессиональное медицинское издание. Включен в список ВАК. Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2007/05/4535225>

Лекция 8. ИСКАЖЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

Цель: Рассмотреть искаженное психическое развитие, особенности психических функций при раннем детском аутизме; синдром Каннера, Ретта, предоставить студентам краткие описания семи основных характеристик синдрома Аспергера, а также рассказать о стратегии и подходе к детям с этими синдромами.

План:

1. Характеристика искаженного развития как типа дизонтогенеза;
2. Ранний детский аутизм (РДА), этиология и патогенез;
3. Дифференциальный диагноз аутизма;
4. Специфические признаки; особенности психических функций при РДА;
5. Клинико-психологическая классификация О.С. Никольской;
6. Основные синдромы аутизма: синдром Каннера, синдром Ретта, синдром Аспенгера, синдром Саванта, высокофункциональный аутизм;
7. Подходы к психологической коррекции РДА.

При искаженном развитии наблюдается наиболее выраженная асинхрония: сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований. В процессе формирования психических функций происходит иная иерархия в последовательности развития отдельных систем, в значительной мере противоположная нормальному онтогенезу.

Наиболее характерной моделью искаженного развития является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма (РДА). Его этиология и патогенез неясны. Сравнительные исследования семей с детьми, страдающими ранним детским аутизмом, и семей с детьми, обладающими другими нарушениями развития, показали, что аутичные дети пережили не больше психотравмирующих ситуаций, чем другие, а родители аутичных детей зачастую даже более заботливы и преданны им, чем родители Других "проблемных" детей. Таким образом, гипотеза о психогенном происхождении раннего детского аутизма не получила подтверждения.

Более того, современные методы исследования выявили множественные признаки недостаточности центральной нервной системы у аутичных детей. Поэтому в настоящее время большинство авторов полагают, что ранний детский аутизм является следствием особой патологии, в основе которой лежит именно недостаточность центральной нервной системы. Был выдвинут целый ряд гипотез о характере этой недостаточности, ее возможной локализации. В наши дни идут интенсивные исследования по их проверке, но однозначных выводов пока нет. Известно только, что у аутичных детей признаки мозговой дисфункции наблюдаются чаще обычного, у них нередко проявляются и нарушения биохимического обмена. Эта недостаточность может быть вызвана широким кругом причин: генетической обусловленностью, хромосомными аномалиями (в частности, фрагильной X-хромосомой), врожденными обменными нарушениями. Она может также оказаться результатом органического поражения центральной нервной системы в результате патологии беременности и родов, последствием нейроинфекции, рано начавшегося шизофренического процесса. Американский исследователь Э. Орниц (E. Ornitz) выявил более 30 различных патогенных факторов, которые способны привести к формированию синдрома Каннера. Аутизм может проявиться вследствие самых разных заболеваний, например врожденной

краснухи или туберозного склероза. Таким образом, специалисты указывают на полиэтиологию (множественность причин возникновения) синдрома раннего детского аутизма и его полинозологию (проявление в рамках разных патологий).

Такое определение аутизма можно встретить в научной литературе

... — это нарушение развития. Дефект в системе, отвечающей за восприятие внешних стимулов, заставляет ребенка обостренно реагировать на одни явления внешнего мира и почти не замечать другие.

(Тэмпл Грэндин – профессор университета Колорадо, страдает аутизмом)

... — во-первых, экстремальное одиночество ребенка, нарушение его эмоциональной связи даже с самыми близкими людьми; во-вторых, крайняя стереотипность в поведении, проявляющаяся и как консерватизм в отношениях с миром, страх изменений в нем, и как обилие однотипных аффективных действий, влечений интересов; в-третьих, особое речевое и интеллектуальное недоразвитие, не связанное, как правило, с первичной недостаточностью этих функций. ... особый, чрезвычайно характерный тип психического дизонтогенеза. В основе его лежат тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса, препятствующая формированию активных и дифференцированных контактов со средой, выраженное снижение порога аффективного дискомфорта, господство отрицательных переживаний, состояние тревоги, страха перед окружающим.

(В.В.Лебединский, О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг)

... отнесен к разряду неспецифических нарушений развития, характеризующихся ранним (до 30 месяцев) появлением неконтактности, нарушением речевого развития с эхολалией, причудливым поведением в виде неприятия изменений окружающего, либо неадекватной привязанности к неодушевленным предметам при отсутствии бреда и галлюцинаций.

(DSM-III-R)

... — нарушение, включающее не одну дисфункцию как, например, при специфическом метаболическом расстройстве. Понятие аутизма представляет собой комплексное нарушение, в большей мере, чем эпилепсия и умственная отсталость. Аутизм является симптомным проявлением дисфункции мозга, которая может быть вызвана разными поражениями.

(К.Гилберг, Т.Питерс)

По определению, ранний детский аутизм – это общее расстройство развития, определяющееся одновременным наличием у ребенка трех симптомов:

- трудности в социальном взаимодействии,
- коммуникативные нарушения,
- повторяющееся, стереотипное поведение.

Важно обратить внимание, что при детском аутизме (классическом) все эти признаки проявляются в первые три года жизни ребенка. У мальчиков расстройство развивается в 3–4 раза чаще, чем у девочек.

Синдром может диагностироваться во всех возрастных группах. При аутизме могут быть любые уровни умственного развития, но примерно в трех четвертях случаев имеется отчетливая умственная отсталость.

Проблема дифференциальной диагностики РДА представляет большую актуальность. У 82% наблюдаемых аутичных детей на 1–2 годах жизни ошибочно диагностировались другие заболевания: невропатия, перинатальная энцефалопатия, последствия родовой

травмы, олигофрения или ЗПР, детский церебральный паралич, алалия, глухота. Соответственно не назначалась адекватная терапия и, естественно, не ставился вопрос об особенностях воспитания.

В прошлом (в некоторых странах - в настоящее время) некоторые исследователи рассматривали аутизм как разновидность **шизофрении**, и считали, что детская шизофрения и аутизм являются одним и тем же синдромом, и что аутизм ребенка развился в шизофрению взрослого (Bender, 1947, Сухарева, 1937; 1974; Башина, 1975; 1980; 1938 и некоторые другие).

В настоящее время большинство исследователей и специалистов в области аутизма признают, что аутизм является отдельной самостоятельной патологией, отличающейся от шизофрении и других нарушений. В тех редких случаях, когда шизофрения начинается в раннем детстве, ребенок испытывает иллюзии и галлюцинации, и использует речь для описания своих иррациональных мыслей. Напротив, аутичный ребенок не использует речь, чтобы поделиться с другими своими мыслями, он, как правило, не испытывает иллюзий и галлюцинаций.

В большинстве случаев, при шизофрении бывают периоды ремиссии и нормального функционирования, в то время, как аутичные люди, обычно, не проявляют подобных колебаний в функционировании (Wing, Attwood, 1987).

Аномалии языкового и речевого развития аутичного ребенка (эхолалия, метафорический язык, неологизмы, игра слов, перестановка местоимений; необычная интонация и т.д.) отражают нарушения в когнитивной, социальной и коммуникативной сферах, в то время, как трудности экспрессивной и рецептивной речи неаутичных детей со **специфическими нарушениями речи**, показывают хотя незрелое и медленное, но относительно нормальное социальное развитие, такие дети могут использовать другие средства для выражения своих нужд и интересов, те они могут общаться.

В МКБ – 10 аутизм имеет отдельный шифр:

F84.0- Детский аутизм;

F84.1- Атипичный аутизм

F84.2 Синдром Ретта

F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

F84.5 Синдром Аспергера

F84.8 Другие общие расстройства развития

F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное

При диагностике обращают внимание на следующие специфические признаки:

- До 30-месячного возраста, выявление специфических признаков дизонтогенеза (предшествующего периода несомненно нормального развития обычно нет), аномалия выявляется в возрасте **до 3 лет**.

- Всегда отмечаются качественные **нарушения социального взаимодействия** в форме неадекватной или отсутствующей реакции на эмоции других людей; отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией; отсутствие социо-эмоциональной взаимности; отсутствие эмоциональной реакции на вербальные и невербальные попытки

других людей вступить в беседу; отсутствие сопровождающей жестикуляции, имеющей усилительное или вспомогательное значение при разговорной коммуникации;

- плохо используются социальные сигналы и незначительная **интеграция социального**, эмоционального и коммуникативного поведения;

- отсутствия социального использования имеющихся **речевых навыков**; недостаточной гибкости речевого выражения; нарушенного использования тональности и выразительности голоса для модуляции общения;

- **Речь.** В одних случаях это может быть полный или почти полный мутизм (отказ от речи), в других – аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхолалии (повторение слов, фраз) при ответах на вопросы. Характерно отсутствие употребления личных местоимений, речь о себе во втором или третьем лице. Тембр и модуляция голоса неестественны, часто вычурны и певучи. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству, неологизмам, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами из стихов и песен.

- нарушений в ролевых и социально-имитационных **играх**; низкой синхронности и отсутствия взаимности в общении;

- Может наблюдаться особая привязанность к необычным, чаще жестким **предметам**, что наиболее характерно для раннего детского возраста. Дети могут настаивать на проявление особого интереса к нефункциональным элементам предметов (например: осязательные качества поверхности);

- Анализ **игровой** деятельности выявил ряд ее патологических особенностей. Прежде всего это более низкий возрастной уровень: недоразвитие предметных игровых действий, предпочтение манипуляций, ориентировка на перцептивно яркие, а не функциональные свойства предмета. Ряд проявлений игровой деятельности (неадекватные манипуляции, разрыв между действием и речью) свидетельствует о своеобразии асинхронии игровой деятельности, не укладывающейся только в рамки задержки развития.

- **Игры** в целом далеки от реальной ситуации. Содержание их монотонно, поведение однообразно. Дети годами одержимо играют в одну и ту же игру, рисуют одни и те же рисунки (часто – отдельные предметы), совершают одни и те же стереотипные действия (включают и выключают свет или воду, стереотипно бьют по мячу и т.д.), попытки прервать которые часто безуспешны. И в возрасте 8–10 лет игры часто носят манипулятивный характер. При этом характерно предпочтение манипуляций с неигровыми предметами: палочками, бумажками и т.д. В отличие от игр и фантазий здорового ребенка в этих случаях наблюдается полный отрыв от реальности, захваченность всего поведения фантастическим сюжетом. Так, считая себя собачкой, зайчиком, волком, ребенок требует не называть его по имени, по-особому кормить, ложиться спать на полу и т.д. В причудливом содержании фантазий и игр нередко можно уловить компенсаторную тенденцию и расторможенность влечений.

- Для всех детей с ранним детским аутизмом характерна **болезненная гиперестезия** (повышенная чувствительность) к обычным сенсорным раздражителям: тактильным, температурным, свету, звукам. Обычные краски действительности для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующие. Поэтому окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, для аутичного ребенка является источником постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта.

- В развитии **восприятия** вторично страдают те стороны, которые формируются под воздействием предметной практики (планомерное обследование объекта, выделение заданных признаков и т.д.). Аффективный компонент восприятия, который у здорового ребенка к школьному возрасту становится подчиненным, у детей с ранним аутизмом часто сохраняет самостоятельное и даже ведущее значение.

• Сложным является вопрос о развитии у детей, страдающих аутизмом, **самосознания**. В тяжелых случаях страдает генетически наиболее ранний уровень самосознания – представление о своем физическом «я». В опытах Е.Е. Обуховой (1972) детям, стоящим перед зеркалом, предлагалось на себе показывать отдельные части тела (глаза, нос, ухо и т.д.). Здоровые дети к трем годам задание выполняли правильно. Дети с РДА отождествляли себя с изображением в зеркале, но при этом одни части тела показывали на себе, другие в зеркале. Наблюдалось рассогласование между отдельными сторонами физического «я»: формированием образа тела и локализацией его в пространстве. Последняя, по-видимому, определяется активными предметными действиями и взаимодействием с окружающими.

• относительного **отсутствия творчества** и фантазии в мышлении;

• Еще Л. Каннер (1955) отмечал, что **интеллектуальная** недостаточность не является обязательной для раннего аутизма, однако для их интеллектуальной деятельности в целом типичны нарушения целенаправленности, затруднения в концентрации **внимания**, явная пресыщаемость. Имеется определенная вычурность **мышления**, склонность к символическим действиям.

• Психологическое исследование аутичного ребенка (В.В. Лебединский, О.С. Никольская, 1981) выявляет как исходные **нарушения концентрации внимания**, так и его «мерцания», быструю истощаемость. К резким колебаниям активного внимания, когда ребенок практически целиком выключается из ситуации, возможно, относятся и описываемые клиницистами кратковременные потери мысли.

• При потенциально сохранном интеллекте, а иногда и рано выявляющейся **частичной одаренности** (музыкальной, математической) эти дети находятся вне реальной ситуации и на предъявляемые требования дают реакции негативизма с частым отказом от даже уже существующих умений и навыков. С возрастом в большинстве случаев все более выступает нецеленаправленность поведения, его слабая связь с ситуацией, противоречивость всей психической сферы ребенка.

• Ограниченное, повторяющееся и **стереотипное поведение**, выполнения ритуалов нефункционального характера; может иметь место стереотипная озабоченность датами, маршрутами или расписаниями; ребенок может **противиться изменениям** заведенного порядка или деталей его окружения.

• Наблюдается парадоксальность **поведения**: тяга к огню, воде, раскачиванию, прыжкам и т.д. Можно предположить, что эта аффективная аутостимуляция носит компенсаторный характер и направлена не только на повышение психического тонуса в целом, но и на избирательную стимуляцию положительных эмоций.

• Частыми являются **моторные стереотипии**.

• Плохая **моторика**, неловкость произвольных движений. Неврологическое обследование обнаруживает мышечную гипотонию. Наряду с неловкостью и слабостью, особенно рук, характерны манерность и вычурность движений, склонность к гримасничанью, неожиданным и своеобразным жестам, трудно отличимым от навязчивых ритуалов.

• Особая трудность в овладении элементарными **навыками** самообслуживания, еды и т.д.

• **неспецифические проблемы: фобии** (страхи), нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность, самоповреждения.

• Как показали данные специальных экспериментально-психологических исследований (В.В. Лебединский, О.С. Олихейко, 1972) дети сами не жалуются на страхи. Наполненность окружающего мира предметами, которых ребенок боится, часто неожиданно раскрывается в процессе игротерапии (В.В. Лебединский, О.С. Никольская, 1981).

Характерные для аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере возраста ребенка, но на протяжении зрелого возраста сохраняются проблемы социализации, поведения и интересов.

Отдельные случаи аутистических состояний описывались давно. В работах советских авторов 20–30-х годов (Г.Е. Сухарева, 1925; Н.И. Озерецкий, 1938; М.С. Певзнер, 1941) содержатся не только клинические описания таких детей, но и рассматривается вопрос о нозологической и этиологической принадлежности этих состояний. После опубликования Л. Каннером (1943) работы о раннем инфантильном аутизме интерес к проблеме резко возрос. В обширной литературе, накопившейся за истекшие 60 лет, отражено множество точек зрения. При их анализе можно отметить две ведущие тенденции:

1) рассмотрение всех аутистических синдромов детства в рамках синдрома и концепции Л. Каннера о раннем инфантильном аутизме и

2) выделение различных клинических форм детского аутизма (Н. Asperger, С.С. Мнухин, Д.Н. Исаев, В.Е. Каган). Их объединяет сформулированное положение об аутизме как одном из синдромов детской психопатологии.

О. С. Никольской (1985—1987) выделены четыре основные группы РДА. Основными критериями деления избраны характер и **степень нарушений взаимодействия с внешней средой** и тип самого аутизма.

У детей I группы речь будет идти об отрешенности от внешней среды, II - ее отвержения, III - ее замещения и IV сверхтормозимости ребенка окружающей его средой.

Аутичные дети этих групп различаются по характеру и степени первичных расстройств, вторичных и третичных дизонтогенетических образований, в том числе гиперкомпенсаторных.

Дети I группы с аутистической отрешенностью от окружающего характеризуются наиболее глубокой агрессивной патологией, наиболее тяжелыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Эти дети мучительны. Нередко имеется стремление к нечленораздельным, аффективно акцентуированным словосочетаниям. Наиболее тяжелые проявления аутизма: дети не имеют потребности в контактах, не осуществляют даже самого элементарного общения с окружающими, не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне, стремления к привычному постоянству окружающей среды. Они не только бездеятельны, но и полностью беспомощны, почти или совсем не владеют навыками самообслуживания. Возможно, здесь речь идет о раннем злокачественном непрерывном течении шизофрении ("люцидная кататония"), часто осложненной органическим повреждением мозга. Дети этой группы имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Они остаются мучительными, полностью несостоятельными в произвольных действиях. В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции у них могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания; они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя, но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.

Дети II группы с аутистическим отвержением окружающего характеризуются определенной возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет вышеописанной аутостимуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипий: двигательных (прыжки, взмахи рук, перебежки и т. д.), сенсорных (самораздражение зрения, слуха, осязания) и т. д. Такие аффективно насыщенные действия, доставляя эмоционально положительно окрашенные ощущения и повышая психологический тонус, заглушают неприятные воздействия извне.

Внешний рисунок их поведения - манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи. Эти дети обычно малодоступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то

шепчут. С гримасами либо застывшей мимикой обычно диссоциирует осмысленный взгляд. Спонтанно у них вырабатываются лишь самые простейшие стереотипные реакции на окружающее, стереотипные бытовые навыки, односложные речевые штампы-команды. У них часто наблюдается примитивная, но предельно тесная "симбиотическая" связь с матерью, ежеминутное присутствие которой - непреложное условие их существования.

С точки зрения нозологии и у этой группы детей речь, скорее, идет либо о шизофрении, либо, возможно, биохимической, на настоящем уровне диагностики не определяемой, энзимопатии.

Прогноз на будущее для детей данной группы лучше. При адекватной длительной коррекции они могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще - в массовой, реже - во вспомогательной).

Дети **III группы** с аутистическими **замещениям** окружающего мира характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам. Эти дети имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях, часто с агрессивной фабулой, спонтанно разыгрываемой ребенком как стихийная психодрама, снимающая пугающие его переживания и страхи. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Характерны развернутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Эти дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном тактильном контакте и опеке. Поэтому их эмоциональные связи с близкими недостаточны, низка способность к сопереживанию. При развернутом монологе очень слаб диалог.

Нозологическая квалификация этой группы представляет определенные трудности. Здесь нельзя исключить вариант самостоятельной дизонтогении.

Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Дети **IV группы** характеризуются **сверхтормозимостью**. У них не менее глубокий аутистический барьер, меньше патологии аффективной и сенсорной сфер. В их статусе на первом плане - неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Значительная часть защитных образований носит не гиперкомпенсаторный, а адекватный, компенсаторный характер, при плохом контакте со сверстниками они активно ищет защиты у близких; сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения, стараются быть "хорошими", выполнять требования близких. У них имеется большая зависимость от матери, но это не витальный, а эмоциональный симбиоз с постоянным аффективным "заражением" от нее.

Их психический дизонтогенез приближается, скорее, к своеобразной задержке развития с достаточно спонтанной, значительно менее штампованной речью. Дети именно этой группы часто обнаруживают парциальную одаренность.

Нозологически здесь, очевидно, следует дифференцировать между вариантом синдрома Каннер как самостоятельной аномалией развития, реже - синдромом Аспергера как шизоидной психопатией.

Эти дети могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, а в небольшой части случаев - обучаться в ней и без предварительной специальной подготовки.

Выделенные клинико-психологические варианты РДА отражают, очевидно, различные патогенетические механизмы формирования этой аномалии развития, быть может, разную степень интенсивности и экстенсивности патогенного фактора (о чем говорит возможность

их перехода друг в друга в сторону ухудшения при эндогенных колебаниях, экзогенной либо психогенной провокации и, наоборот, улучшения, чаще при эффективности медико-коррекционных мероприятий, а иногда и спонтанно), разный характер генетического патогенного комплекса, особенности "почвы", как конституциональной, так и патологической.

Известное значение в формировании аутистического реагирования имеют различной выраженности асинхронии развития, возрастные кризы, средовые особенности и характер реагирования референтной группы на проявления особенностей у ребенка и его собственного отношения к ним.

Уже до **полуторалетнего** возраста выявляется слабость психического тонуса: общая вялость, недостаточность инстинктивной сферы (плохой аппетит, слабость инстинкта самосохранения, реакций на дискомфорт, мокрые пеленки, холод и т.д.). Ходьба долго остается неуверенной, страдает развитие целенаправленных действий. Но в то же время нередко наблюдается обилие стереотипных движений, ритмических разрядов, импульсивных действий. Едва научившись ходить, такой ребенок часто импульсивно бежит, не замечая края, опасности.

В отличие от моторики в развитии речи нередко наблюдается опережение, но часто уже с самого начала речь отличается аутичностью, наличием «автономности», превалированием неологизмов. Маленький ребенок, едва научившись говорить, может одержимо повторять отдельные слова, читать стихи, аффективно расставляя интонационные акценты. Таким образом, более сложные психические процессы, такие, как речь, развиваются раньше, чем более элементарные.

Уже с раннего детства отмечается сенсорная и эмоциональная гиперестезия: даже в младенческом возрасте дети отрицательно реагируют на яркие игрушки, страдают от громких звуков, прикосновений одежды. Сначала эта чувствительность приводит к чрезмерной ориентировочной реакции, состоянию возбужденности. В дальнейшем она как бы истощается, внимание ребенка становится трудно привлечь, он мало или совсем не реагирует на обращение, игрушку, что иногда приводит к ложным опасениям в отношении слепоты или глухоты.

К 2,5–3 годам часто нарастают стереотипные двигательные разряды, появляются однообразные аутистические игры.

В 3–5 лет аутичный ребенок может быть еще не приучен к опрятности, часто к элементарным навыкам самообслуживания. Такие дети могут быть чрезмерно избирательны в еде и в то же время брать в рот несъедобное. Также с **возрастом** более четким становится характер речевых расстройств. Нарушение коммуникативной стороны речи с длительным сохранением в речевом развитии звукоподражательных, автономных слов, которые сосуществуют с общеупотребляемыми словами, делает речь аутичного ребенка вычурной и нередко труднодоступной для понимания. Ненаправленная вербальная активность нередко прерывается мутизмом.

Таким образом, патологические особенности психического развития выступают при аутизме не только в виде отдельных нарушений психического тонуса, аффективной сферы, восприятия, моторики, речи, дефектности регуляторных систем, но и как связанная с этими нарушениями и затруднениями социальной адаптации асинхрония развития в целом, искажение нормального взаимодействия формирующихся психических функций.

В спектр аутизма причисляются несколько основных синдромов: **Классический аутизм / Аутизм Каннера**. Данный синдром является расстройством развития, имеющим генетическую нейробиологическую основу. Дети в данной группе испытывают существенные затруднения в общении с окружающими - их попытки к

общению остаются непонятыми другими людьми, что приводит к возникновению фрустрации и проблем в поведении. Данное состояние не возникает по причине умственной отсталости или нарушений когнитивного мышления. Причиной данного состояния является серьезное органическое нарушение развития.

Человек с классическим аутизмом страдает также от серьезных расстройств речи, как например, ограниченный словарный запас, отсутствие речи или серьезные грамматические ошибки. Кроме этого, у детей с аутизмом Каннера наблюдаются расстройства в сенсомоторном плане, что выражается в возникновении стереотипий и повторяющегося поведения, чувствительности к прикосновениям, отсутствию глазного контакта, и др. Дополнительная характеристика аутизма Каннера - это неспособность контролировать эмоции. Ребенок с синдромом Каннера часто оказывается в состоянии фрустрации и гнева, которое может стать причиной агрессивного поведения. В дополнение, дети в данной группе могут быть подвержены дополнительным заболеваниям, таким как эпилепсия.

Синдром Ретта. Данный синдром диагностируется в основном у девочек. Мальчики, которые заболевают этим заболеванием, рождаются мертворожденными. Синдром Ретта указывает на прогрессирующие расстройства развития. Другими словами, параллельно с расстройством речи и коммуникации возникает также нарушение координации движений и мелкой моторики. В процессе развития заболевания у ребенка может произойти полное исчезновение речи и возникновение полной апатии.

Синдром Аспергера В противовес предыдущим расстройствам, у ребенка с синдромом Аспергера нет задержки речевого развития. Такие дети часто говорят официальным и литературным языком. В большинстве, синдром Аспергера возникает в более легкой форме чем другие расстройства спектра, у ребенка сохраняется интеллект который иногда даже превышает норму, а также ему характерна исключительная память. Синдром Аспергера в основном характеризуется расстройством в навыках социального взаимодействия, негибкими и повторяющимися действиями и ограниченными, иногда странными областями интереса. Ребенок с синдромом Аспергера обычно затрудняется понимать выражение лица собеседника, иронию, шутки и метафоры, и может страдать в социальной ситуации или затрудняться в развитии отношений.

Высокофункциональный аутизм- это не диагноз сам по себе, а способ описать ту часть спектра, в которой у детей более высокий уровень когнитивного функционирования, чем в среднем у людей с аутизмом (IQ 70 и выше). Обычно, высокофункциональные дети используют речь для общения, они самостоятельны в ежедневных действиях и ведут себя в рамках социальных норм. Проблемы с поведением возникают только в специфических ситуациях. Очень часто данную группу путают с синдромом Аспергера, но, в отличие от детей с синдромом Аспергера, у данной группы все же наблюдается задержка речевого развития в раннем возрасте.

Аутизм-савант -это самый редкий синдром в аутистическом спектре. Речь идет о серьезных нарушениях развития, параллельно с которыми развивается исключительная память и исключительные таланты в специфических областях, таких как игра на фортепьяно или художественная деятельность. Иногда аутизм у страдающих синдромом Саванта проявляется в тяжелой форме, и им требуется помощь и поддержка, а иногда проявляется в легкой форме, которая выражается в основном в социальной отстраненности и в расстройстве в межличностных взаимоотношениях.

Атипичный аутизм. Дети в этой группе имеют только часть симптомов, характерных для аутизма. Это может быть ребенок с серьезными расстройствами речи и проблемным поведением, но который интересуется сверстниками и вступает с ними во взаимодействие. Часто данный диагноз используется в случае "аутизма в легкой степени" или как "аутичные черты".

Таким образом, дизонтогенез аутичного ребенка, представляющий собой сложную комбинацию первичных и вторичных дефектов, требует разработки коррекционных приемов их преодоления, дифференцированных в зависимости от функции, на которую направлена коррекция. Нужно помнить, что существует много различных вариантов аутизма с разной клинико-психологической картиной, с разной социальной адаптацией, с разным прогнозом. Эти варианты требуют и разного коррекционного подхода, как лечебного, так и психолого-педагогического.

Полученные данные об особенностях эмоциональной сферы детей с ранним аутизмом позволили разработать специальную методику психологической коррекционной работы, в первую очередь психотерапии и в частности игротерапии, этапы которой разработаны О. С. Никольской.

Одним из методов восстановления эмоционального взаимодействия в семье аутичного ребенка является метод холдинг-терапии (от английского hold – держать). Метод разработан доктором М. Weich (1983) как психотерапевтическая техника и выглядит очень просто. В специально отведенное время мать берет своего ребенка на руки, крепко прижимает его к себе. Ребенок должен сидеть у матери на коленях, прижатым к груди, так, чтобы у матери была возможность посмотреть ему в глаза. Не ослабляя объятий, несмотря на сопротивление ребенка, мать говорит о своих чувствах и своей любви к своему сыну или дочке и о том, как она хочет преодолеть ту или иную проблему.

Комплексная клинико-психолого-педагогическая коррекция РДА включает следующие направления:

– психологическая коррекция: установление контакта со взрослыми; смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, страхов; стимуляция психической активности, направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками; формирование целенаправленного поведения; преодоление отрицательных форм поведения: агрессии, негативизма, расторможенности влечений;

– педагогическая коррекция: формирование навыков самообслуживания; пропедевтика обучения, коррекция специфического недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи; формирование навыков изобразительной деятельности;

– медикаментозная коррекция: поддерживающая психофармакологическая и общеукрепляющая терапия, которая проводится врачом;

– работа с семьей: психотерапия членов семьи; ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка; составление индивидуальной программы воспитания и обучения аутичного ребенка в домашних условиях; обучение родителей методикам воспитания аутичного ребенка, организации его режима, привитие навыков самообслуживания, подготовка к обучению в школе.

Постоянная работа специалистов с аутичным ребенком и, желательно, его семей является залогом успешного развития и положительной динамики у такого ребенка. При одинаковой тяжести ранних предпосылок судьба ребенка с аутизмом может сложиться совершенно по-разному. Если много лет подряд с ним будут заниматься специалисты различного профиля, если его родители будут осознавать, что, ничего не делая, невозможно надеяться на положительные изменения, и что «сам собой» он не станет другим, то это один вариант. Если же всего вышеперечисленного нет — совсем другой.

Помощь аутичному ребенку «...растягивается на много лет, в течение которых эффекты дней, недель и месяцев могут казаться удручающе малыми или вовсе отсутствующими. Но каждый — пусть даже самый малый — шаг прогресса драгоценен: из этих, неуклюжих поначалу, шажков и шагов складывается общий путь улучшения и

приспособления к жизни. Да, далеко не у каждого ребенка этот путь окажется так велик, как того хотелось бы. Но обретенное на этом пути ребенком останется с ним и будет помогать ему жить более самостоятельно и уверенно». (В.Е.Каган).

Вопросы для самостоятельной работы

1. В чем состоит сущность искаженного развития?
2. Назовите основные признаки раннего детского аутизма. Какие психические расстройства входят в понятие «ранний детский аутизм»? Что их объединяет и в чем различия?
3. Каковы особенности поведения детей с РДА? Каковы особенности формирования высших психических функций при РДА?
4. Какие методы коррекции РДА вы знаете?
5. Перечислите задачи психолога в совместной работе с другими специалистами и родителями аутичного ребенка.
6. В чем сущность применения холдинг-терапии? Каковы показания и противопоказания к применению данного метода?
7. С какой целью и как применяется игротерапия в коррекции РДА?
8. Вспомните известный фильм «Человек дождя». Какие особенности аутичных детей нашли художественное воплощение в образе главного героя?

Литература

1. Богдан Н.Н., Могильная М.М., редактор: Александрова Л.И. Специальная психология: [Электронный ресурс] // Сайт цифровых учебно-методических материалов ВГУЭС // abc.vvsu.ru, методическое обеспечение учебного процесса. Режим доступа: http://abc.vvsu.ru/Books/up_spec_psihologija/page0025.asp
2. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты - СПб.: ИСПиП, 1998. – 124 с.
3. Гилберт К. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие . — М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2005.
4. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Аутистические синдромы у детей и подростков: механизмы расстройств поведения. – М., 1979.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: Учебное пособие – М.: Издательство Московского университета, 1985
6. Либлинг М.М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье с аутичным ребенком. – М., 1986.
7. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом — СПб.: Речь, 2007. — 288 с.
8. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. - СПб.: Речь, 2001. - 220 с.
9. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М - М.: Теревинф, 1997. – 227с.
10. Спиваковская А.С. Игра как средство коррекции аутистического поведения у детей. – М., 1981.
11. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция: Сб. / Под ред. В.В. Лебединского, О.С. Никольской, Е.Р. Баенской. – М., 1990.

Лекция 9. ПОВРЕЖДЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

Цель: Изучить поврежденное психическое развитие, познакомить с основными критериями дифференциальной диагностики, необходимой для отличия поврежденного психического развития от других форм дизонтогенеза.

План:

1. Характеристики поврежденного развития;
2. Типы органических деменций Г.Е. Сухаревой на основе клинико-психологического анализа; специфические черты;
3. Дифференциально-диагностические критерии и отличия деменции от олигофрении и ЗПР;
4. Локальное и диффузное повреждение развития.

Поврежденное развитие имеет следующую этиологию (внутриутробные, натальные и постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС, наследственные дегенеративные или обменные заболевания головного мозга), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. **Основное отличие** поврежденного развития связано с более поздним (после 2-3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована. Воздействие патогенного фактора приводит не к **недоразвитию**, а к повреждению.

Следует отметить, что компонент повреждения присутствует почти при всех видах аномального развития. Однако при других видах дизонтогенеза он является либо осложняющим фактором (например, при недоразвитии по типу осложненной олигофрении), либо пусковым механизмом, например в случае замедления темпа развития, и т. д.

Характерной моделью поврежденного развития является **деменция**. При ее возникновении в относительно раннем детском возрасте характер дизонтогенеза определяется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психических функций с недоразвитием онтогенетически более молодых образований (лобных систем). В старшем детском возрасте может иметь место и первичное повреждение лобных систем. Страдают лобно-подкорковые взаимоотношения. Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций, прежде всего, отмечаются расстройства эмоциональной сферы, нередко с расторможением влечения, тяжелые нарушения целенаправленной деятельности и личности в целом. Повреждение ведет к явлениям изоляции отдельных систем, распаду сложных иерархических связей, нередко с грубым регрессом интеллекта и поведения.

Систематика деменций сложна, связана со множественностью патогенетических факторов.

На основании критерия динамики болезненного процесса различают два варианта органической деменции.

1. **резидуально –органическая деменция**, слабоумие является остаточным проявлением поражения.

2. **прогрессирующая деменция** – слабоумие обусловлено текущим органическим процессом: хронический менингит, энцефалит, опухоли и наследственные дегенеративные заболевания, прогрессирующий склероз мозга.

Динамика болезненного процесса определяет возможности развития ребенка. При тяжелой прогрессирующей деменции нельзя говорить об аномальном развитии, так как идет грубый распад всех психических функций вследствие болезненного процесса. Об аномальном развитии можно говорить в случае резидуальной деменции, явления повреждения четко выражены, приостановка болезненного процесса дает возможность для дальнейшего развития ребенка.

Систематика по этиологическому критерию: эпилептическая, посттравматическая, постэнцефалическая, склеротическая деменция.

Лучше изучена эпилептическая деменция, формируется при эпилепсии, сочетается с нарушениями мышления, эмоциональной сферы, отмечается вязкость и инертность, сильная поляризованность эмоций, вспышки гнева, усиление влечений. Относительно дефекта мышления и аффекта – отмечаются трудности коррекции. Дети в аффекте могут быть опасны для себя и для окружающих.

Патогенез и клинико-психологическая структура деменции определяется этиологическими факторами, степень распространенности и локализации болезненного процесса, возрастом начала заболевания и временем прошедшим после его окончания.

Зависит от сочетания явлений повреждения, недоразвития и компенсаторных возможностей, определяется преморбидными индивидуальными особенностями ребенка.

Клинико-психологическая структура деменции сложна и полиморфна: нарушения интеллектуальной, эмоционально-волевой и личностной сфере.

Г. Е. Сухарева на основе клинико-психологического анализа выделила четыре типа органических деменции у детей в зависимости от ведущего патопсихологического синдрома.

Первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня обобщений.

У **второго типа** на первый план выступают грубые нейродинамические расстройства. Это заметно по резкой психической истощаемости, по плохой переключаемости и устойчивости внимания, по нарушению логического строя мышления с выраженной склонностью к персеверациям.

При **третьем типе** органической деменции резко выступает недостаточность побуждений к деятельности, что проявляется в вялости, апатии, снижении активности мышления.

При **четвертом типе** — в центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления, с грубым расстройством внимания, импульсивностью (Сухарева, 1959).

В. В. Лебединский отмечал, что у детей четвертого типа органической деменции наблюдалось выраженное полевое поведение. Они отличались хаотичной двигательной расторможенностью, действиями по первому побуждению, склонностью к дурашливости и кратковременными агрессивными вспышками. Грубые нарушения познавательной деятельности у детей четвертого типа проявляются в нецеленаправленности внимания, в непродуктивности запоминания и фрагментарности воспроизведения. У этих детей выявлено также недоразвитие пространственного анализа и синтеза, фрагментарность восприятия, наблюдается нарушение критики своего поведения. У детей с третьим типом органической деменции в психическом статусе доминировали вялость, медлительность, пассивность. Отмечалась эмоциональная бедность, слабость побуждений, отсутствие интеллектуальных интересов (Лебединский, 1985). Представленный выше клинический подход является важным при разработке эффективных психокоррекционных технологий для детей с поврежденным развитием, но далеко не достаточным.

С точки зрения **Г.Е. Сухаревой** типы органической деменции определяются следующими нарушениями:

- преобладание низкого уровня **обобщения**
- преобладание грубых **нейродинамических** расстройств. Отмечается резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость, неспособность к напряжению,
- нарушением логического мышления, склонность к **персеверациям**.
- Недостаточность побуждений к **деятельности**, вялость и апатия, резкое снижение активности мышления.
- В психическом **статусе** больных отмечается медлительность, пассивность, отсутствие навыков опрятности, общая двигательная заторможенность, с образованием элементарных двигательных стереотипов.
- Слабость побуждений, **эмоциональная** бедность проявляется в скудности мимики и моторики, нарушения в интеллектуальной и в личностной сфере проявляется в равнодушии к оценке, отсутствию привязанностей, планов и интеллектуальных интересов.
- Центральное место занимает нарушение критики и целенаправленности **мышления**, сочетается с грубыми расстройствами **внимания**, резкой отвлекаемостью и полевым поведением.
- Внешняя **активность** характеризуется хаотичной двигательной расторможенностью и импульсивностью.
- Фон настроения, как правило, эйфорический с дурашливостью и кратковременными агрессивными вспышками.
- **Эмоции** примитивны и поверхностны, отмечается расторможенность влечений и грубая не критичность, наиболее трудно обучаемы.
- Ни на похвалу, ни на порицание не реагируют.
- Грубо снижаются внимание и целенаправленность деятельности.
- Клинико-психологическая картина деменции зависит от возраста начала заболевания, если заболевание возникает **в 2 – 3 года** происходит утрата, обеднение навыков, могут утратить навыки опрятности, самообслуживания и речи, ребенок не способен установить объективные связи между явлениями, имеет низкий уровень суждений, нарушение игровой деятельности, игры становятся стереотипными, выраженный регресс навыков. Деменция, возникающая в **младшем школьном возрасте** – страдает речь, навыки самообслуживания, остаются сохранными элементарные учебные навыки (если только не тотальное поражение головного мозга). Резко снижается интеллектуальная деятельность – целенаправленность и работоспособность, происходит распад учебной деятельности. Связано с редуцией познавательных интересов. В структуре поврежденного развития сочетаются явления стойкого необратимого регресса ряда функций, повреждение функций носит парциальный характер. Онтогенетически более молодые функции повреждаются и задерживаются в своем развитии. Направление недоразвития снизу вверх, от повреждений в коре. Межфункциональные взаимодействия характеризуются распадом иерархических связей с явлениями изоляции. Асинхрония развития связана с запаздыванием в формировании высших психических функций. Наблюдается сочетание регресса со стойкой фиксацией на более ранних этапах развития.

Дифференциальные критерии олигофрении и деменции:

- Наличие **энцефалопатических расстройств**, локальной и неврологической симптоматики – парезы и параличи, судороги.
- **Физический облик** ребенка (хабитус), при деменции должен быть нормальным, при олигофрении в физическом облике присутствуют внешние проявления, и возможны изменения во внутренних органах.
- Клинико-психологическая структура дефекта отличается от **олигофрении**, при олигофрении происходит недоразвитие большинства функций и мозговых структур – проявляется закон тотальности и иерархичности; при деменции расстройства **парциальны** – первичными являются грубые корковые и локальные и подкорковые нарушения, вторичными являются гностические расстройства, нарушения пространственного синтеза, движений и речи.
- Чаще встречается сочетание *корково-подкорковой дефицитарности* при поврежденном развитии, повреждение подкорковых структур изменяет **нейродинамику** психических процессов, обуславливает инертность мышления, его истощаемость ведет к дезорганизации всей психической деятельности.
- Структура дефекта включает нарушение **целенаправленности мышления**, выраженность нарушений грубее при олигофрении.
- Степень личных нарушений при деменции может сильно варьироваться от очень грубых расстройств, с нарушением привязанности к близким, расстройством симпатических эмоций, до достаточно легких нарушений, когда личностные нарушения менее выражены чем интеллектуальные. **Личностные** нарушения при деменции грубее чем при олигофрении.
- По характеру нарушений: чаще при поврежденном развитии отмечаются адинамия, вялость, аспонтанность, слабость побуждений; реже - отмечаются психомоторная расторможенность, дисфории, злобность, агрессивность, патология влечений, проявляется в прожорливости, гипертрофии сексуальных влечений, извращение влечений, влечение к самоповреждению, садистические тенденции.
- При деменции наблюдаются **энцефалопатические расстройства**, при олигофрении только при осложненных формах.

Отличие деменции от задержки психического развития:

- специфика сходная – парциальность, энцефалопатические расстройства, неврологическая симптоматика, но при деменции более грубое поражение головного мозга, наступает распад личности, распад деятельности, наблюдается грубая не критичность, более тяжелое западение отдельных функций.
- отличие динамики психического развития, при ЗПР все нарушения потенциально обратимы, при условии создания среды. При деменции возможности психического развития крайне ограничены.
- при задержке психического развития церебрально-органического генеза чаще проявляется расторможенность влечений, нарушения поведения при выраженном интеллектуальном дефекте.
- От ЗПР церебрально-органического генеза отличается большей массивностью поражения ЦНС.

В процессе **дифференциальной диагностики** поврежденного развития от психического недоразвития и задержанного развития необходимо учитывать следующие параметры:

- локализация повреждения;
- время возникновения дефекта;
- структура дефекта;
- особенности психического и физического развития ребенка до заболевания;
- особенности семейного воспитания ребенка.

По локализации повреждения традиционно выделяются две группы детей с поврежденным развитием: **локальное поврежденное** развитие и **диффузное поврежденное** развитие.

При локально поврежденном типе развития специфика формирования когнитивных процессов определяется локализацией поражения. *Например*: у ребенка, перенесшего черепно-мозговую травму в височной области в возрасте 8 лет, наблюдаются афазические расстройства, что в значительной степени негативно отражается на усвоении чтения, письма.

Для диффузного поврежденного типа развития характерны более выраженные нарушения психических функций. Это проявляется в грубом нарушении работоспособности, в трудностях регуляции своей деятельности, а также в многочисленных аффективных нарушениях. В связи с этим компенсация дефекта при таком типе развития значительно снижена.

При поврежденном психическом развитии ребенок приобретает дефект не раньше 2,5-3 лет, когда основные функциональные структуры мозга у него уже сформировались, однако время приобретения дефекта имеет важное значение при анализе специфики поврежденного развития.

Л. С. Выготский в своих работах обращал внимание на то, что у взрослых нарушение зрительного восприятия носит характер частного дефекта, не приводящего к нарушению уже сложившихся речевых и интеллектуальных функций. Кроме того, сохранный речь в известной степени позволяет компенсировать имеющиеся частные зрительные дефекты. В отличие от взрослых, патология зрительного восприятия у детей приводит не только к нарушению наглядного отражения внешнего мира, но и разрушает основу для формирования других психических процессов, которые строятся на базе наглядно-действенного отражения окружающего (Выготский, 1956).

Большое значение в исследовании гностических особенностей у детей с поврежденным развитием имеют нейропсихологические исследования. В нейропсихологических исследованиях отечественных и зарубежных психологов отмечается, что мозговые поражения в детском возрасте приводят к нарушениям зрительно-пространственных функций. У детей, так же как у взрослых, нарушению перцептивных процессов в большей степени выступают при поражении правого полушария мозга, чем левого (McFie, 1961; Семерницкая, 1985; Мамайчук, 1992 и др.). *Например*: при ранних поражениях правого полушария показатели выполнения зрительно-пространственных и конструктивных тестов в сравнении с возрастной нормой снижены в три раза (Семерницкая, 1985, с. 87). Значимость правого полушария в разных видах психической деятельности ребенка проявляется разновременно. Например, при тактильно-пространственном восприятии активность правого полушария обнаруживается в возрасте 8 лет, а при зрительном в возрасте 5-7 лет. При образных формах деятельности преобладание активности правого полушария отчетливо выступает в дошкольном возрасте (Айрапетянц, 1982).

Вопросы для самостоятельной работы

1. Дайте характеристику поврежденного развития.
2. Какие типы деменции вы знаете? какие психические нарушения характерны для деменции?
3. По каким диагностическим критериям деменцию отличают от недоразвития?
4. По каким диагностическим критериям органическую деменцию отличают от задержанного психического развития церебро-органического генеза?

Литература

1. Косенкова Т.В. Основы нейропсихологии: учебно-методическое пособие с рабочей тетрадью (для студентов заочной формы обучения, обучающихся по специальности 030301.65 (020400)-«Психология»). Смоленск: Смоленский государственный университет, 2008. – 161с.
2. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии.- СПб.: Речь, 2003.- 400с. ISBN: 5-9268-0166-4 С.378.
3. Основы специальной психологии [Текст]: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; под ред. Л.В. Кузнецовой. - М., 2003.
4. Семенович А.В. нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте учеб. пособие для высш. Учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232с. ISBN 5-7695-0772-1
5. Сиротюк А.Л. Обучение детей с учетом психофизиологии: Практическое руководство для учителей и родителей. М.: ТЦ Сфера, 2001 — 128 с. С.95-97

Лекция 10. ДИСГАРМОНИЧЕСКОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

Цель: Рассмотреть дисгармоническое психическое развитие, различные варианты психопатий, иметь представление о разнообразии классификаций психопатий, сформировать представление об акцентуациях, психопатологическом синдроме, акселерации и ретардации и т.д.

План:

1. Характеристика дисгармонического психического развития;
2. Психопатии, систематика, классификация по П.Б. Ганнушкину;
3. Отклонение темпов полового созревания.

Дисгармоническое развитие - это тип дизонтогенеза, характеризующееся дисгармонией в эмоциональной, чувственной и волевой сферах.

Дисгармоническое психическое развитие включает четыре варианта нарушений:

- психопатии
- патологическое формирование личности
- невропатии
- отклонение от темпа полового созревания.

Психопатия – это такое расстройство личности, аномалия характера, которая характеризуется состоянием стойкой дисгармонии личности, при достаточно хорошем интеллекте. Как правило, практически все известные типы психопатий формируются в детстве или в подростковом, юношеском возрасте. Психопатия не имеют тенденцию к прогрессированию. Могут видоизменяться под влиянием биологических и социальных факторов.

Свойства характера психопатической личности являются тотальными и определяющими структуру личности. Причём в большинстве случаев эти патологические свойства мешают человеку полноценно адаптироваться в социальной и профессиональной сферах. Практически у всех, страдающих психопатией наблюдается инфантилизм в той или иной степени. До введения термина «психопатия» подобные расстройства существовали, они назывались: «моральное помешательство», «моральное уродство».

Как показывают данные психологических, поведенческих, клинических исследований, которые касаются различных патологий эмоций, влечения, темперамента, при психопатиях все отклонения и аномальные признаки являются взаимосвязанными.

Этиология психопатий связывается или с генетическими, наследными причинами, или с экзогенными вредностями. По МКБ-10 психопатии занимают большую группу (F60-F69) Необходимо подчеркнуть то, что огромный смысл тут имеют недостатки воспитания.

Поэтому при определении отдельных типов данного расстройства, следует учитывать не какое-то одно аномальное качество, а рассматривать их в совокупности.

Систематика психопатий сложна, связано с многообразием вариантов их промежуточном положении и не четкостью границ между нормальными вариантами характера и психическими заболеваниями, в этом заключается проблематика дифференциальной диагностики. Существуют разные систематизации психопатий. И даже не надо и говорить о том, что одни создатели (Крепелин, Ганнушкин) исходят из положения про то, что при психопатиях наконец-то происходит количественное заострение и усиление черт характера, акцентуаций; потому они распределяют все психопатии по группам, по аналогии с акцентуациями и типами характера. Возможно и то, что остальные ученые (Певзнер, Сухарева) стараются, в общем то, систематизировать психопатии по этиологическому признаку.

Систематика предложенная в 1915 году основана на феноменологических, социальных и клиникоописательных принципах, варианты выделены на основании внешней картины поведения и взаимоотношений в социуме.

1) Возбудимые, 2) безудержные, 3) импульсивные, 4) лгуны и фантасты, 5) враги общества, 6) патологические спорщики.

Классификация предложенная **Шнайдером** в 1923 году – 1) гипертимные, 2) депрессивные, 3) неуверенные в себе, 4) фанатичные, 5) ищущие признания, 6) эмоционально лабильные, 7) эксплазивные, 8) бездушные, 9) безвольные, 10) астеничные. Выделяется доминирующий клинокоописательный принцип.

В 1921 году **Кречмер** предложил классификацию на основании сходства клинической картины с особенностями личности при различных психических заболеваниях. 1. шизоидный тип личности соответствует шизофреническому типу. 2. циклоидная личность – соответствует маниакально- депрессивному психозу. 3. epileптоидная личность – эпилепсии.

Ганнушкин в 1933 году предложил 9 клиникоописательных вариантов. 1. Циклоиды, 2. epileптоиды, 3. шизоиды, 4. истерический тип, 5. неустойчивый тип, 6. антисоциальный тип, 7. конституционально глупых, 8. параноики, 9. астеники.

Сухарева в 1959 году предложила систематику по этиологическому критерию. Выделено три группы – конституциональные, органические, смешанные. В основе патогенеза лежит нарушение формирования корково-подкорковых связей.

В результате синтеза накопленного опыта **Личко** и **Ковалев** разработали систематику психопатий: 1. к **конституциональным** относятся – шизоидная, epileптоидная, циклоидная, психоастеническая; к **органическим** – возбудимая и безтормозимая; к смешанным – истерическая, неустойчивая.

— **конституциональные**, имеющие наследное происхождение: степень их тяжести в значимой мере определяется воздействием среды; для всякого типа этого вида психопатий имеется личный опасный возраст, на который, вообще то и приходится начало психопатии;

— **органические**, при которых психопатия развиваются вследствие действий на формирующийся мозг отрицательных факторов: внутриутробных и/ или послеродовых вредностей, токсикозы, травмы, истощающие соматические болезни.

Личко А.Е. утверждал об отсутствии чистых психопатий, они имеют смешанный характер, четких границ между типами психопатий не существует, они условны.

Буянов считал, что при любой психопатии существует врожденная дисгармония биологических компонентов личности. Наблюдаются различные симптомы дисонтогенеза – неврозоподобная симптоматика – тики, энурез, экопрез, заикание, психопатический дисонтогенез эмоционально- волевой сферы.

Этиология психопатий: конституционально- генетическое наследование фактора. Органические психопатии возникают под влиянием экзогенно обусловленных вредностей на ранних этапах онтогенеза. Патогенез малоизучен. **Крепелин** считал, о в основе лежит парциальный инфантилизм в личностной сфере, не затрагивающий интеллектуальной сферы. Кречмер считал, что патогенез психопатии подобен психическому заболеванию.

Отечественная психиатрия рассматривает описываемое расстройство личности по классификации, которая была разработана **П. Б. Ганнушкиным**. Различительным признаком в этой типологии выступает специфика поведенческих проявлений психопатических черт индивида. Эти черты определяют его психический облик.

Петр Борисович Ганнушкин в своей книге «О психопатиях» описал различные виды психопатий. Его заслуга в том, что он выделил три диагностических критерия психопатий.

1. Тотальность проявления патологических черт характера, это значит, что действует принцип: «психопат всегда и везде психопат»;

2. Устойчивость патологических черт характера. Только к старости характер может либо сглаживаться, либо заостряться;

3. Критерий социальной дезадаптации (много браков, противозаконное поведение, увольнение по статье, бомживание, нарушение социального порядка).

Если все критерии срабатывают – это психопатия. Если не все критерии. Можно говорить о психопатоподобных реакциях.

Психопатические личности - люди с далеко зашедшими отклонениями от среднего (нормального) уровня. Психопаты создают впечатление недоразвитости, детскости. Они слабо адаптируются в социальной среде и, следовательно, предрасположены к конфликтам.

По Ганнушкину психопатии могут быть вызваны двумя причинами:

1. Ядерные психопатии – врожденные; генетически обусловленные, генные мутации;

2. Краевые – приобретенные. В возникновении психопатии важны три фактора, которые должны совпасть, это: (выраженная акцентуация, наличие тяжелой психической травмы, возрастной кризис) Отпадает старая система ценностей, возникает новая, возникает новая система коммуникации и развивается психопатия.

Циклоиды. В этой группе выделяют разные виды с характерными чертами:
- **конструктивно-депрессивные** (постоянно пониженное, пессимистичное настроение, высокая чувствительность к неприятностям, склонность к самобичеванию, угрюмость, ощущение постоянной усталости и разбитости, способность легко впасть в отчаяние, скрытая от внешних глаз отзывчивость и способность «проникать в душу» собеседника);
- **конституционально-возбужденные** (веселость, часто художественная одаренность, поверхностность и неустойчивость интересов, болтливость, склонность к построению «воздушных замков», неусидчивость, ловкость и изворотливость, склонность к рисковому поведению и хвастовству, нетерпимость к возражениям, тяга к ведению споров);
- **циклотимики** (смена состояний возбуждения и депрессии, одновременное сосуществование элементов противоположных настроений);
- **эмотивно-лабильные психопаты** (капризность, открытость и даже простодушие, колебания настроения по незначительным причинам, способность к глубоким чувствам и привязанностям).

Астеники. Их объединяет высокая раздражительность, сопровождающаяся приступами гнева и быстрым психическим истощением:
- **неврастеники-ипохондрики** (чрезмерная нервно-психическая возбудимость, раздражительность, утомляемость, вялость, апатичность, безынициативность, неусидчивость);

- **увлеченные неврастеники** («самозахват» личности какими-либо интересами, возбудимость и раздражительность, быстрая утомляемость и следующая за ней апатия);
- **впечатлительные неврастеники** (чрезмерная впечатлительность, чувство собственной неполноценности, ранимость, робость, малодушие, застенчивость, «мимозо-подобная» чувствительность, самолюбие.);
- **психастеники** (крайняя нерешительность, боязливость, постоянные сомнения, недоверие к самому себе, потребность в постороннем совете и помощи, постоянные тревоги, педантизм, формализм, стеснительность, бездеятельность, фантазерство, склонность к тепличной жизни, опасение за будущее, боязнь неизвестного).

Шизоиды с врожденными шизофреническими чертами. Эта группа характеризуется оторванностью от внешнего мира, непредсказуемостью поведения, отсутствием естественности и гармоничности. Речь шизоидов не согласуется с их мимикой и жестами. Она отличается либо витиеватостью, патетичностью и напыщенностью, либо монотонностью, невыразительностью и стереотипностью.

Шизоиды не понимают внутренний мир других людей. Реальность внешнего мира воспринимают исключительно через призму своих мыслей и если видят несоответствие, то выражают свое отношение фразой: «тем хуже для действительности». Эгоисты и себялюбцы. В поведении отмечаются непоследовательность, бессвязность поступков, склонность к чудачеству и эксцентризму. Это люди крайностей. Подозрительны, недоверчивы и замкнуты. Среди шизоидов можно встретить бродяг, добровольно избравших этот путь из-за неумения жить среди обычных людей. Сюда относятся и некоторые творческие личности, занимающиеся тем, что понятно только им. Встречаются среди шизоидов и слабовольные, легкоранимые мечтатели, неспособные противостоять трудностям реальной жизни.

Параноики. Их выделяет склонность к «сверхценным» идеям, которые рьяно отстаивают, не проявляя при этом самокритичности. Злопамятны и мстительны, неуживчивы и агрессивны. Если параноик принял решение, то добивается его любой ценой. При этом нравственная сторона для него не имеет значения. К параноикам можно отнести фанатиков с их несокрушимой волей и жадой борьбы.

Эпилептоиды. Это люди неудержимой ярости, раздражительности, тоски, гнева и страха. Их притягивают сильные ощущения, напряженная деятельность. Им свойственны нетерпимость к мнению других, себялюбие, обидчивость, подозрительность. Склонность к эпизодическим расстройствам настроения делает их несносными в семейной и деловой жизни. Они не способны переживать за других. Фактически это люди инстинктов и примитивных влечений. Среди них много азартных игроков, бродяг, половых психопатов-извращенцев.

Истерические характеры. Психика этих людей отмечается желанием быть в центре внимания окружающих и в воображаемом мире собственной неповторимости и оригинальности. Для достижения этих целей ими используются все средства: личная привлекательность и уродство, удачи и неприятности, обман и лесть. Истерики фальшивы и неестественны, театральны и самовнушаемы. Причем они сами верят в то, что внушают себе, забывая, что это ложь. Среди них много аферистов, уличных жуликов и «донжуанов».

Неустойчивые психопаты. К ним обычно относят людей крайне слабовольных и слабохарактерных, легко поддающихся влиянию окружающих. Собственных интересов у них, как правило, нет. Среди социально позитивных людей они как бы «растворяются», выделяясь лишь беспорядочностью, непунктуальностью и ленью. Психопаты нуждаются в постоянной опеке. В нетрезвом состоянии они бессердечны, бездумны, грубы до неузнаваемости. Далее следует горькое раскаяние и самобичевание, но не надолго.

Антисоциальные психопаты. Это группа «нравственного помешательства» с резко выраженными моральными дефектами. Антисоциальные психопаты страдают частичной эмоциональной тупостью. У них поражена эмоциональная сфера. Они не имеют чувства стыда, долга, чести и достоинства, ленивы и лживы, часто питают ненависть даже к ближнему из-за того, что тот пытается удержать их в пределах нормы. Исправлению не подлежат. Такие типы встречаются, например, среди женщин, не имеющих материнских чувств к своему ребенку.

Конституционально-глупые. Здесь наблюдается поражение интеллектуальной сферы личности. Иногда недуг представителей этой группы называют «салонным слабоумием». Обладая зачастую хорошей памятью и имея большой багаж знаний, они практически бесплодны. Обращает на себя внимание их склонность придерживаться шаблона, говорить банальные вещи без тени оригинальности и новизны. Они консерваторы, боятся всего нового. К данной группе можно отнести людей, называемых резонерами.

Около 40% населения имеют яркие акцентуации характера. Отличить психопатию от акцентуации можно по следующим признакам:

- Акцентуации характера носят парциальный характер, а не тотальный как психопатии.
- Акцентуации характера проявляются лишь в особых состояниях.
- Акцентуированные личности не имеют стойкой социальной дезадаптации.

2. Модель патологического формирования личности. Этиология - неблагоприятные условия воспитания, длительная психотравмирующая ситуация, накладываемая на органическую церебральную недостаточность не грубого резидуального характера, на дисгармоническое протекание периода полового созревания. Патогенез: формирование идет через два механизма.

1. закрепление патологических реакций, становятся постепенно личностными реакциями.

2. непосредственное воспитание патологических черт характера, копирование родителя (возбудимость, неустойчивость, истеричность в результате отрицательной стимуляции).

Существует следующая систематика патологического формирования личности:

аффективно – возбудимая форма, формируется если в семье складывается длительная конфликтная ситуация и жизнь в семье наполнена ссорами и агрессией. Жесткое обращение в семьях алкоголиков, характеризуется аффективной взрывчатостью, разрядами раздражительности во вне, конфликтность.

истероидный – характерен для девочек, формируется при конфликтных ситуациях в семье, в ситуации гиперопеки и воспитании ребенка по типу кумира семьи. Характерно кокетство и демонстративность.

психическая неустойчивость формируется в ситуации гипоопеки и безнадзорности. Характерно безответственность, отсутствие чувства долга, слабоволие, лабильность аффекта, импульсивность и повышенная внушаемость.

тормозимый тип формируется в ситуации доминирования гиперопеки – характерна зависимость и безинициативность, пассивность, неуверенность, робость, и обидчивость.

невротический формируется в качестве хронизации невроза у соматически ослабленных детей при неблагоприятных условиях. Характерна боязливость, страхи, ипохондричность.

3. Невропатия - особый вид аномалии эмоционально-волевой сферы, обусловленный неустойчивостью регуляции вегетативных функций. Может быть конституциональной и

органической. Дефект вегетативной нервной системы проявляется в нарушении сна, аппетита, терморегуляции, метеочувствительности, эмоциональные нарушения вторичны.

Сухарева выделяет два варианта; астенический – характерна пассивность, чувствительность, впечатлительность, ранимость, истощаемость. Эти обстоятельства способствуют подверженности невротическим проявлениям в виде страхов, энуреза, тиков, заикания; возбудимый тип невропатии – ребенок раздражительный, двигательная расторможенность.

4. Отклонение темпов полового созревания. В отклонении темпов полового созревания авторы выделяют первичный дефект нарушение вегетативно-эндокринной регуляции, возникает ретардация или акселерация темпов полового созревания. Возникает вследствие генетических особенностей, конституциональных, или под влиянием экзогенно обусловленной органической недостаточности нервной системы.

При изучении личностных особенностей девушек и юношей с различным типом половой конституции дискриминантный анализ указал на отличия между этими группами. Отличия среднего типа половой конституции от слабого и сильного подтверждены процентом объясненной дисперсии – 89 %. Процент дисперсии выше 70 % считается сильным различием.

Средний тип половой конституции от слабого и сильного отличается независимо от пола по следующим факторам (перечисление в порядке силы значимости фактора):

- 1) уровень невротизации;
- 2) социальная нормативность;
- 3) отношение к сексу;
- 4) степень доверия;
- 5) социальная смелость;
- 6) интеллект;
- 7) чувствительность;
- 8) социальное напряжение;
- 9) позиции в группе (подчиненный / лидер).

Наименьшее влияние на различия между 3 группами оказывают:

- 1) отношение к себе;
- 2) отношение к вышестоящим лицам;
- 3) нереализованные возможности;
- 4) отношение к семье.

Отношение к семье и нереализованные возможности, скорее всего, не актуальны для юношей и девушек в этом возрасте. Отношение к вышестоящим лицам и отношение к себе зависят больше от социального опыта, чем от типа психофизиологической организации.

На основании полученных результатов эмпирического исследования можно сделать следующие выводы.

1. В ходе дискриминантного анализа произошло деление девушек

и юношей на 3 группы. Тип половой конституции связан с личностными особенностями юношей и девушек. Больше всего тип половой конституции связан с уровнем

невротизации, социальной нормативности, отношением к сексу, социальным доверием, социальной смелостью, уровнем интеллектуальных способностей. В то же время практически отсутствует связь типа половой конституции с отношением к семье, нереализованными возможностями, отношением к вышестоящим лицам и отношением к себе.

2. Девушки с нормальным типом половой конституции, в отличие от девушек со слабым типом, испытываемые эмоционально зрелые, устойчивые, невозмутимые

У них высокая способность к соблюдению общественных моральных норм. Но возможны проявления безрассудности в выборе партнеров по общению, эмоциональная значимость социальных контактов, экспрессивность, экспансивность, эмоциональная яркость в отношениях между людьми, динамичность общения, которая предполагает эмоциональное лидерство в группах. Следует отметить

высокий уровень психопатизации, характеризующийся агрессивным отношением к социальному окружению и выраженный в стремлении к доминированию. Здесь также присутствует неустойчивость эмоционального состояния, которая проявляется в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции. Можно говорить о предпосылках к девиантному поведению.

3. У юношей со средним типом половой конституции развиты абстрактное мышление, оперативность, сообразительность, быстрая обучаемость. Достаточно высокий уровень общей культуры, особенно вербальной. У них можно также отметить добросовестность, ответственность, стабильность, уравновешенность, настойчивость, склонность к морализированию, разумность, совесть. Развитое чувство долга и ответственности, осознанное соблюдение общепринятых моральных правил и норм, настойчивость в достижении цели, деловая направленность. Вместе с тем эмоциональное состояние неустойчиво, есть склонность к аффективному реагированию. У юношей с сильным типом половой конституции наиболее выражен невротический синдром астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями, психопатизация интротенсивного типа, что создает предпосылки для импульсивного поведения.

Ускоренное развитие приводит к одностороннему развитию интересов, ранее пробуждение сексуальности не в 16 а в 7- 8 лет, аффективная возбудимость, взрывчатость, усиление влечений, стремление к самостоятельности в жизни, трудоустройству при органической незрелости интеллектуальной сферы. Дисгармония интеллектуальной и эмоционально- волевой сферы, диссоциация высших психических функций.

Вопросы для самостоятельной работы

1. Охарактеризуйте дисгармоничный тип психического развития
2. Скажите определение психопатии; в чем сложности их систематики?
3. Чем психопатия отличается от акцентуации, от черт характера?
4. В чем заслуга П.Б. Ганушкина для отечественной психиатрии, психологии?
5. Как происходит патологическое формирование личности?
6. Что значит термин «акселерация», «ретардация»? в чем причины этих процессов? В чем состоят плюсы и минусы акселерации?

Литература

1. Гуркин Ю. А. Репродуктологические проблемы девушек-подростков (пособие для врачей курсантов) [Текст]. Спб., 1997. С. 24–28.

2. Здоровая молодежь - здоровое общество [Текст] / Л.Н.Галанкин, Г. С. Корчагина, А. М. Куликов, Л. П. Симбирцева, Ю. М. Шикин,- СПб.; НОДМЕДИЗДАТ. - 2005. - 368с.
3. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России. [Текст] // Акушерство и гинекология, 2002. №2. – С.4—7.
4. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология (клинические рекомендации) [Текст].- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006.-560 с.
5. Общество и инфекции, передаваемые половым путем: поиск решений [Текст] / Ю. К. Скрипкин, В. А. Аковбян, Л. И. Тихонова // Вестник дерматологии и венерологии. - Москва, 1999. - N.6. - С. 20-22
6. Радевич И.Т. Половая конституция. [Электронный ресурс] // Сексопатолог андролог Радевич И.Т. http://sexolog.kherson.ucoz.ru/publ/polovaja_konstitucija/1-1-0-34
7. Русякова Е.Е. Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой и методы психологической коррекции [Текст] : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Е. Е. Русякова ; С.-Петерб. гос. ун-т. - СПб., 2004. - 264с.
8. Русякова Е.Е. Изучение личностных особенностей девушек и юношей с различным типом половой конституции. [Текст] // Современная психология на перекрестке естественных и социальных наук: проблемы междисциплинарного синтеза : материалы международной научно-практической конференции 10–11 октября 2013 года. – Прага : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2013 – 76 с. С.27-35.
9. Руссак, Юлия Александровна. Психологические и психофизиологические особенности девушек 14-17 лет с разным темпом полового созревания [Текст]: диссертация ... кандидата психологических наук : 19.00.02 / Руссак Юлия Александровна; [Место защиты: Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена].- Санкт-Петербург, 2010.- 196 с.

Лекция 11. СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Цель: Теоретически изучить: социальную ситуацию развития ребенка с нарушенным развитием; стадии развития семьи и типы отношения членов семьи к детям с особыми образовательными потребностями и с ограниченными возможностями здоровья; обозначить возможность психологической помощи семье с ребенком-инвалидом.

План:

1. Изменение структуры и функции семьи с ребенком с ограниченными возможностями здоровья;
2. Развитие ребенка-инвалида в контексте социально-экологической модели (Холостова Е.И.);
3. Типы отношения родителей к болезням их детей (Исаев Д.Н.);
4. Основные «мишени» психореабилитационной работы.

Структура и функции каждой семьи видоизменяются с течением времени, воздействуя на способы семейных отношений. Жизненный цикл семьи обычно состоит из **семи стадий развития**, в каждой из которых стиль ее жизнедеятельности относительно устойчив и каждый член семьи выполняет определенные задачи сообразно своему возрасту: брак, рождение детей, их школьный возраст, подростковый возраст, «выпуск птенцов из гнезда», постродительский период, старение. Семьи детей-инвалидов должны быть готовы к тому, что их стадии развития могут быть не свойственны обычным семьям.

Дети с ограниченными возможностями медленнее достигают определенных этапов жизненного цикла, а иногда вовсе не достигают. Рассмотрим периоды жизненного цикла семьи ребенка-инвалида:

1) рождение ребенка — получение информации о наличии у ребенка патологии, эмоциональное привыкание, информирование других членов семьи;

2.) школьный возраст — принятие решения о форме обучения ребенка, организация его учебы и внешкольной деятельности, переживание реакций группы сверстников;

3) подростковый возраст — привыкание к хронической природе заболевания ребенка, возникновение проблем, связанных с пробуждающейся сексуальностью, изоляцией ребенка от сверстников и его отвержением (с их стороны), планирование будущей занятости ребенка;

4) период «выпуска» — признание и привыкание к продолжающейся семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей для социализации члена семьи инвалида;

5) постродительский период — перестройка взаимоотношений между супругами (например, если ребенок был успешно «выпущен» из семьи) и взаимодействие со специалистами по месту проживания ребенка.

Конечно, к некоторым семьям невозможно применить теоретическую модель, содержащую периоды развития, поскольку одни и те же события, вызывающие стрессы и трудности, могут периодически возникать на протяжении всей жизни ребенка; к тому же наличие и качество социальн-психологической поддержки может усилить или смягчить воздействие затруднительной ситуации.

Холостова Е.И. рассматривает развитие ребенка-инвалида в контексте **социально-экологической модели**. Согласно этой модели изменение в любой части этой системы вызывает изменения в остальных ее частях, создавая тем самым потребность в системной адаптации, достижении баланса. Социально-экологическая модель применима к анализу проблем семьи инвалида и ребенка-инвалида в современной России, открывает возможность рассмотрения уровней микро -, мезо -, экзо- и макросистемы.

Микросистему образуют типы ролей и межличностных взаимоотношений в семье. Подобно теории семейных систем и социально-экологической модели, микросистема состоит из следующих подсистем: мать — отец, мать — ребенок-инвалид, мать - здоровый ребенок, отец — ребенок-инвалид, отец — здоровый ребенок, ребенок-инвалид — здоровый ребенок. В связи с этим проблемы, возникающие в семьях, имеющих детей-инвалидов, можно отнести к той или иной подсистеме внутрисемейных контактов:

- мать—отец. Индивидуальные проблемы родителей, их взаимоотношений до рождения больного ребенка; проблемы в связи с рождением ребенка-инвалида;
- мать— ребенок-инвалид. Матери по традиции приходится нести основную тяжесть забот по уходу за ребенком-инвалидом и организации его жизни; она часто находится в состоянии депрессии и ощущает чувство вины;
- мать — здоровый ребенок. Мать должна уделять достаточное внимание здоровому ребенку и удерживаться оттого, чтобы навязывать ему чрезмерные заботы о ребенке с нарушением развития;
- отец — ребенок-инвалид. Проблемы в этой подсистеме зависят от степени общения отца с больным ребенком и его участия в жизни семьи в целом;
- отец — здоровый ребенок. Потенциальные проблемы сходны с теми, которые возникают в подсистеме «мать — здоровый ребенок»;
- ребенок-инвалид — здоровый ребенок. Братья и сестры больного ребенка ощущают чувство вины, стыда и страха «заразиться» той же болезнью; ребенок-инвалид стремится «поработить» брата или сестру; здоровые дети формируют нормальное амбивалентное отношение к брату или сестре с ограниченными возможностями.

Микросистема функционирует в контексте мезосистемы, включающей широкий спектр подсистем, в которых участвует семья.

Образования уровня **мезосистемы** — это отдельные индивиды, а также службы и организации, активно взаимодействующие с семьей: работники здравоохранения и социального обслуживания, родственники, друзья, соседи, сослуживцы, а также специальные реабилитационные или образовательные программы.

В **экзосистему** входят институты, в которых семья может не участвовать непосредственно, но которые могут опосредованно оказывать воздействие на семью:

- средства массовой информации, которые влияют на формирование стереотипа положительного или отрицательного отношения к людям с ограниченными возможностями: например, инвалиды могут быть представлены как жалкие, несчастные,

недееспособные существа или же как компетентные, уверенные в себе личности с сильной волей;

- система здравоохранения. Семьи, имеющие детей со значительными нарушениями физического здоровья и взрослых инвалидов, в большой степени нуждаются в помощи системы здравоохранения;

- система социального обеспечения. В современной России для большинства семей, имеющих ребенка-инвалида и взрослых инвалидов, финансовая и иная поддержка государства являются весьма существенными;

- содержание и качество образовательных программ, принцип их организации определяют характер взаимоотношений родителей и школы, доступность и форму образования, степень оказываемой родителям помощи и уровень независимости семьи от ребенка с ограниченными возможностями. Для детей-инвалидов обучение посильной и доступной профессии, пользующейся в обществе большим спросом, является одним из факторов, гарантирующих возможности выживания.

Наконец, **макросистему** образуют следующие факторы:

- социокультурные и социально-экономические. Члены семьи воспринимают инвалидность своего ребенка с позиций социокультурных факторов, этнических и конфессиональных ценностей, широкого социального окружения. Эти же факторы определяют семейный выбор по участию в системе услуг. Социально-экономический статус семьи может определять или отражать характер и уровень ресурсов семьи;

- экономический и политический. Состояние экономики и политическая атмосфера региона или страны в целом оказывают большое воздействие на программы для инвалидов и их семей. Инвалидность следует понимать не только как физическое состояние, но и как ограничение возможностей, поскольку нарушения телосложения, функций организма или условий окружающей среды снижают активность человека и затрудняют его социальную деятельность.

Причиной ограничения возможностей может стать, скажем, недостаток или несовершенство образовательных программ, медицинских и социальных услуг, необходимых конкретному ребенку, подростку, взрослому человеку, недостаточное развитие протезно-ортопедической промышленности, неприспособленность среды обитания к специфическим нуждам лиц с ограниченными возможностями [5], [6].

Семья, в которой живет больной ребенок, оказывается особой группой, которой соответствует присущая только для нее атмосфера межличностных отношений. Эти отношения по-разному проявляются и в различной степени влияют на развитие ребенка, протекание его заболевания, а также общее психическое состояние самих родителей.

В повседневной жизни родители детей-инвалидов сталкиваются с множеством проблем. С одной стороны, они испытывают трудности при выборе воспитательных и образовательных средств воздействия на своих детей, а с другой – глубокие, внутренние психологические проблемы, обусловленные рождением в семье больного ребенка и необходимостью во многом перестраивать весь уклад жизни семьи, подчиняя его проблеме ухода за ребенком. Именно это не позволяет им оптимально организовать межличностные отношения внутри семьи (как между членами семьи, так и отдельно между супругами), а также с окружающими.

В тоже время для гармоничного развития ребенка большое значение имеет и психологический микроклимат в семье, и отношения между супругами, как определяющими ту атмосферу, в которой растет и развивается ребенок.

Исследование проведенное Потаповой Е.А. было направлено на изучение того влияния, которое оказывает рождение тяжело больного ребенка (ребенка-инвалида) на психоэмоциональную обстановку в семье, характер и динамику партнерских отношений [4].

В качестве испытуемых в экспериментальном исследовании приняли участие 201 человек, из которых 114 человек – основная группа (родители, воспитывающие детей-инвалидов) и 87 человек составили контрольную группу (родители нормально развивающихся детей).

Основную часть выборки составляют мужчины и женщины в возрасте 32-37 лет, находящиеся в браке в течение 5-10 лет.

Всего в исследовании приняло участие 80 супружеских пар (42 – в основной группе, 38 – в контрольной группе), в остальных случаях это был один из супругов.

Возраст детей составил от 3 до 15 лет и был равномерно распределен по группам.

Большая часть основной группы (n=87) представлена родителями детей с детским церебральным параличом. Группа родителей детей с синдромом Дауна (n=27) была необходима для определения влияния характера дизонтогенеза ребенка на брачно-семейные отношения и выступала как группа сравнения.

Как показало проведенное исследование, для семей с ребенком-инвалидом характерно изменение **стиля семейного функционирования** в сторону большей жесткости и поляризации семейных ролей, усиления ригидности семейных правил и процедур.

При исследовании особенностей функционирования в семьях с детьми - инвалидами по сравнению с обычными семьями, выявлены достоверные различия по показателям отношений между членами семьи, а также по показателям управления семейной системой.

Сложившая ситуация, возникающие сложности с обеспечением здоровья ребенка, накладывают сильные ограничения на материальную, профессиональную, социальную, эмоциональную стороны семейной жизни. В связи с неизбежным тесным взаимодействием с различными медицинскими и образовательными учреждениями происходит размыкание семейных границ и уменьшение гибкости в распределении внутрисемейных ролей. Согласно проведенному анализу, в большинстве семей на отца возлагаются обязанности по экономическому обеспечению семьи, а матери исполняют роль «домохозяйек», занимаясь воспитанием и обслуживанием детей и ведением домашнего хозяйства. При такой расстановке сил ответственность за ребенка-инвалида закрепляется за матерью. Женщины пытаются найти подход к ребенку, занимаются его здоровьем и воспитанием, и в этой ситуации они остро нуждаются в поддержке супруга (прежде всего, эмоциональной). В то время как мужчины, в ответ на поглощенность супруги ребенком, фактически устраниваются из данных отношений, отдаляясь как от ребенка, так и от супруги. Данная ситуация, в свою очередь, приводит к напряжению в семейных отношениях.

Согласно полученным данным, члены семей, воспитывающих детей-инвалидов (ДЦП и синдром Дауна) более разобщены, имеют меньше свободы в поведении, выражении своих мыслей и чувств, так же для таких семей характерны более конфликтные взаимоотношения.

Исследование различий в **восприятии семейных отношений** показало, что родители, воспитывающие детей-инвалидов, оценивают свою семейную жизнь значительно хуже, чем родители из контрольной группы.

Таким образом, взаимоотношения в семьях с детьми-инвалидами можно охарактеризовать как менее стабильные, менее активные, приносящие меньше положительных эмоций, в тоже время самими родителями, и женщинами и мужчинами,

такая атмосфера в семье воспринимается как вполне естественная, характерная для большинства семей.

Рождение больного ребенка чаще негативным образом сказывается на **отношениях между супругами**: партнерские отношения на момент обследования оцениваются как значительно ухудшившиеся, в сравнении с тем, какими они были до рождения ребенка. Родители, воспитывающие детей-инвалидов, оценивают свои супружеские отношения как менее благоприятные. При этом, разница между желаемыми и реальными отношениями в семье в основной группе гораздо больше, чем в контрольной. Рождение больного ребенка существенным образом сказывается на представлениях супругов о себе и о партнере.

В сравнении с обычными **женщинами**, женщин, воспитывающих детей-инвалидов, имеют более низкую самооценку, их можно охарактеризовать как менее активных, жизнерадостных, менее общительных. И сами женщины оценивают себя хуже по сравнению с большинством женщин. Женщины, воспитывающие детей-инвалидов, считают, что супруг, при сравнении с большинством мужчин, менее активный, менее общительный, имеют к мужу больше претензий, чем женщины контрольной группы.

Мужчины, воспитывающие детей-инвалидов, демонстрируют сниженную самооценку. Однако и большинство мужчин, они видят подобными себе. Своих жен, в сравнении с большинством других женщин, оценивают как более реалистичных, более настойчивых и уверенных в себе.

В ходе исследования установлено, что характер и тяжесть заболевания ребенка, проблемы связанные с обеспечением его здоровья влияют на восприятие и оценку родителями своих детей. Исследование показало, что родители, воспитывающие детей-инвалидов, относятся к своему ребенку чаще как к «неудачнику», чем родители, воспитывающие здоровых детей. Особенно эта разница выражена в отношении способностей ребенка. Такое отношение к ребенку как к неспособному, несамостоятельному негативным образом проявляет себя в воспитательных аспектах, сказывается на образе «Я» ребенка, его отношению к своему состоянию.

При этом каждый из родителей видит свои отношения с ребенком и отношения с ребенком супруга как более сложные и менее удовлетворительные, чем в «обычных» семьях.

Таким образом, тяжесть заболевания ребенка, а также преувеличение родителями тяжести болезни негативным образом сказываются на оценке ребенка родителем. Отношение родителей будет меняться и при наличии в семье других, здоровых детей.

Также были выявлены достоверные различия отношения к ребенку в зависимости от **пола родителя и ребенка**, от особенностей его нарушений.

Так матери воспитывающие детей – инвалидов (и с ДЦП, и с синдромом Дауна) лучше относятся к девочкам, чем к мальчикам.

Отношение мужчин к детям различаются в зависимости от патологии ребенка.

На наш взгляд, данная ситуация может быть объяснена наличием эмоциональной и ролевой близости между матерью и дочкой, а в случае мужчин в том числе и особенностями взаимоотношений между сыном и отцом, которые носят преимущественно инструментальный и поведенческий характер и затруднены при наличии у ребенка физических ограничений. Так мужчины, воспитывающие детей с ДЦП, лучше относятся к девочкам, в то время как отцы детей с синдромом Дауна имеют более тесные отношения с сыновьями.

Выявлены особенности семейного функционирования и в зависимости от **характера детской патологии**.

Для семей с детьми, страдающими ДЦП, характерна дистанцированность в отношениях. Данная автономизация, обеспечивая стабильность и развитие подсистем за счет их собственных ресурсов, ослабляет семейную систему в целом: качество семейного взаимодействия и сплоченность снижаются.

Семьи, воспитывающие ребенка с синдромом Дауна, отличаются более жесткой организацией семейного функционирования, отношения в таких семьях более напряженные, супруги в меньшей степени удовлетворены собой, своей супружеской и семейной жизнью в целом.

Родители детей с ДЦП имеют общие представления о ценности семейной жизни, при этом мужчины в большей степени не удовлетворены ее качеством. Проблемы, связанные с семейной жизнью вызывают у них большее напряжение, и гораздо меньше положительных эмоций, чем у супругов.

Родители детей с синдромом Дауна оценивают свою семейную жизнь значительно хуже. При этом более негативно семейную ситуацию воспринимают женщины, оценивая её как нестабильную, эмоционально неблагоприятную.

Исследование показало, что появление в семье ребенка-инвалида, оказывается мощным стрессором, влияющим на все стороны семейной жизни, и значительно ухудшающего качество семейных и супружеских отношений. Все семейное функционирование, тем или иным образом, направлено на потребности ребенка-инвалида, на решение проблем и трудностей, связанных с заболеванием. Происходит концентрация на соматическом состоянии ребенка (часто в ущерб его эмоциональному и личностному развитию). Состояние ребенка становится «мерилом оценки» качества семейной жизни, отношений между супругами.

В тоже время в ходе исследования были выявлены позитивные тенденции в семейном функционировании при наличии других, здоровых, детей в семье, что на наш взгляд объясняется наличием в семье и других «благополучных» взаимоотношений.

Обычно семьи гуманно реагируют на больных, но с прогрессированием заболевания взаимоотношения больного ребенка и семьи претерпевают существенные изменения. В соответствии с динамикой болезни изменяется отношение в семье к больному ребенку и проходит ряд этапов:

1. Этап игнорирования болезни родственниками. Первые признаки замечают посторонние люди, а не близкие.

2. Этап осознания заболевания родственниками. Настойчивая социальная гиперактивность родственников.

3. Этап затухания активности родственников. Родственники смиряются с заболеванием. К ним приходит понимание ограниченности медицины в средствах лечения.

4. Этап перестройки структуры семьи. Инкапсуляция Больного.

У Исаева Д.Н. описаны типы отношения родителей к болезням их детей в любом возрасте, начиная с первых дней болезни.

Он выделяет три типа отношения родителей к заболеванию ребенка:

1. адекватный, обеспечивает гармоничное воспитание;
2. сверхценный (тревожно-мнительный), сопряженный с воспитанием ребенка в условиях гиперопеки;
3. безразличный с недооценкой тяжести заболевания ребенка, воспитание по типу гипоопеки.

При первом типе достоверно чаще встречаются сравнительно нетяжелые астенические проявления, и нервно-психические расстройства отсутствуют.

При втором типе у больных наблюдается астено-субдепрессивная, тревожно-фобическая и истерическая симптоматика.

При третьем доминирует нарушение поведения.

Отношение родителей к болезни своего ребенка является важным патопластическим фактором, определяющим клинику соматических заболеваний, особенно степень выраженности нервно-психических проявлений заболевания. Оценка детьми своего состояния – это копия родительской оценки.

При сверхценном подходе родителей к заболеванию ребенка, у детей отмечается фиксация на соматическом благополучии, «уход в болезнь», ипохондрические жалобы, отрицательная прогностическая оценка выздоровления.

При безразличном отношении родителей к заболеванию дети демонстрируют явное непонимание важности лечения, смысла госпитализации, пренебрегают медицинскими назначениями и, тем более, стремятся уклониться от комплексного психологического сопровождения.

Неадекватное отношение родителей к болезни ребенка выступает в качестве фактора, приводящего к формированию у больного ребенка искаженной внутренней картины болезни, что имеет значение при психологической помощи.

Основу любой технологии психологического сопровождения составляет усиление позитивных факторов развития ребенка и нейтрализация негативных. Часто можно наблюдать обособленность и автономность родителей, их отстраненность от решения проблем детей с отклонениями в развитии. В таком случае могут остаться незамеченными появившиеся акцентуации характера (крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены), неправильная социальная ориентация, искаженные представления о морально-этических нормах. Помощь психолога может повысить участие отцов в воспитательном процессе, которые, как правило, устранились от воспитания этих детей, нивелировать возникшие конфликты и отчуждение в детской среде [3].

Несмотря на быстрое изменение структуры и общественной роли семьи, она остается важнейшей ячейкой общества, обеспечивающей основы физической и психологической защищенности, здоровья и благополучия человека. Семья играет исключительную роль во всем, что касается здоровья человека. Родственники больного ребенка сообщают врачу необходимые сведения, сами также нуждаются в лечении и поддержке, лечат своего больного ребенка, дают медицинские советы другим родителям – полезные или вредные, иногда препятствуя выздоровлению. Семья может быть источником стресса или социальной поддержки, опоры. Сотрудничество с семьей ребенка - дополнительная возможность в повышении эффективности лечебного процесса, плодотворная и легко применимая. Негативные модели семейных систем могут являться одной из причин, дестабилизирующих течение заболевания у детей. Для семей с больным ребенком, характерны комплексные много уровневые нарушения внутрисемейного гомеостаза, включающие в себя: искажение ролевой структуры; нарушение гибкости и адаптации, сбалансированности семейных систем; неадекватности стиля воспитания ребенка.

Проблемы, семьи с больным ребенком, многообразны, условно их можно разделить на две группы: первая — как семья влияет на состояние больного ребенка; вторая — каким образом состояние хронически больного ребенка меняет психологический климат в семье. Отсюда и часто практические задачи, стоящие перед психологами и врачами: добиться того, чтобы семья помогала хронически больному ребенку или подростку лучше адаптироваться и

чтобы пребывание ребенка-инвалида в семье не вызывало в ней частых, шумных и уж тем более неразрешимых конфликтов.

Таким образом, мы видим, что рождение больного ребенка, проблемы связанные с его воспитанием, лечением негативным образом сказываются на динамике супружеских отношений, функционировании семьи в целом, к тому же неблагоприятная атмосфера в семье не способствует гармоничному развитию ребенка. Всё это делает очевидным необходимость комплексного подхода к реабилитационным мероприятиям, когда работа проводится на нескольких уровнях (медицинском, психологическом, педагогическом, социальном), причем, не только с ребенком, но и с родителями, а также с семьей в целом, то есть эти семьи нуждаются в психологическом сопровождении.

В этом случае целью психологической составляющей реабилитационного процесса будет оптимизация психологического микроклимата в семье, коррекция внутрисемейных отношений, а также формирование адаптивных возможностей семьи.

На основании проведенного исследования, были выделены основные «мишени» психореабилитационной работы:

1. Первичные, а также вторичные нарушения психического развития ребенка. В данном случае главными задачами будут компенсация нарушенных психических функций, формирование психических особенностей, способствующих успешной соц. адаптации, а также психологическое обеспечение адаптивного возможного профессионального самоопределения.

2. В сфере супружеских отношений - вопросы, связанные с изменением самооценки, а также представлений о супруге, нарушением супружеских взаимоотношений.

3. Семейные отношения в целом: изменение представлений о ребенке, отношение к заболеванию ребенка, нарушение семейного функционирования, изоляция семьи. Работа психолога, в данном случае, направлена на коррекцию представлений о ребенке и отношения к его заболеванию, психологическое обеспечение оптимальной позиции членов семьи в отношении реабилитационных мероприятий, поиск и переоценку ресурсов семьи.

Внедрение психологической составляющей реабилитационного процесса в комплексную программу оказания помощи семьям с детьми-инвалидами, показало, что эффективность реабилитационной работы с данной категорией семей определяют: учет актуального психического (соматического) состояния ребенка, а также анализ особенностей семейного функционирования при формировании реабилитационной программы, сочетание различных форм и методов работы, гибкость реабилитационной тактики.

Вопросы для самостоятельной работы

10. Какова роль общения в психическом развитии ребенка?
11. Каким образом первичные нарушения способны осложнить процесс общения ребенка с отклонениями в развитии?
12. Какое влияние оказывает рождение тяжело больного ребенка (ребенка-инвалида) на психоэмоциональную обстановку в семье, характер и динамику партнерских отношений?
13. Как в соответствии с динамикой болезни изменяется отношение в семье к больному ребенку?
14. Какова роль семьи в появлении вторичных отклонений в развитии ребенка?

15. Депривация и ее роль в формировании системных отклонений.
16. Какова роль семейного воспитания в формировании отклонений в развитии?
17. Какая цель психологической составляющей реабилитационного процесса в работе с семьей, имеющей ребенка с нарушенным развитием?

Литература

1. Буюнов М. И. Ребенок из неблагополучной семьи: записки детского психиатра. М.: Просвещение, 1988. С. 53.
2. Исаева Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь, 2004. – 384с.
3. Коноплева А.Н., Лещинская Т.Л. Интегрированное обучение детей с особенностями психофизического развития: Монография. – Мн.: НИО, 2003. – 232 с. С.68
4. Потапова Е.А. Психологическое сопровождение семей с детьми инвалидами. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 75-летию Курского государственного медицинского университета и 10-летию кафедры психологии и педагогики «Психологическое сопровождение лечебного процесса». [Электронный ресурс] — Курск: Курский государственный медицинский университет, 2010. 438 с. С.255-260.
5. Русякова Е.Е. Электронный учебно-методический комплекс «Психологическое сопровождение соматически больного ребенка» [Электронный ресурс] / Е.Е. Русякова. – 145Мб. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). Систем. требования: ПК Pentium, Windows 2000, Microsoft Internet Explorer 6.0. – Свидетельство о регистрации электронного ресурса. – М.: ОФЭРНиО ГАН «РАО». - №18282 от 04.07.2012.
6. Русякова Е.Е. Исследование стиля материнского отношения к больному ребенку [Текст] // Семья в контексте педагогических, психологических и социологических исследований : материалы IV международной научно - практической конференции 5–6 октября 2013 года. – Прага: Vědecko vyda-vatel'ské centrum «Sociosféra-CZ», 2013 – 107 с. С.62-68.
7. Соц. работа: теория и практика \\\ Уч. Пособ.\\ отв. ред. д.и.н., проф. Е.И.Холостова, д.и.н., проф А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА – М. 2001.
8. Технологии социальной работы. \\\ Учебник под общ. ред. проф. Е.И.Холостовой. – М.: ИНФРА – М. 2001.

ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ И ДОКЛАДОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Проблема умственной отсталости в психологии, педагогике и медицине.
2. Особенности формирования защитных механизмов у детей с отклонениями в развитии.
3. Особенности формирования нравственного сознания у детей с нарушениями в психическом развитии.
4. Внимание и особенности его формирования у детей с нарушениями в развитии.
5. Формирование интересов у детей с нарушениями в развитии.
6. Психологические проблемы профессионального самоопределения лиц с отклонениями в развитии.
7. Формирование предметных представлений у детей с нарушениями в развитии.
8. Особенности формирования воображения у детей с проблемами в развитии.
9. Психологическая готовность к школьному обучению детей с проблемами в развитии.
10. Мышление и особенности его формирования у детей с проблемами в развитии.
11. Особенности формирования отношения и осознания собственных нарушений детьми и подростками с отклонениями в развитии.
12. Эмоциональное развитие детей с ограниченными возможностями.
13. Личностные особенности подростков группы риска.
14. Когнитивное и речевое развитие детей младенческого и раннего возраста (0-3 года), имеющих психофизические нарушения.
15. Внутренний план действий дошкольников с общим недоразвитием речи.
16. Поведение дошкольников с нарушением опорно-двигательного аппарата в ситуациях фрустрации.
17. Изменение образа инвалида у подростков средствами кино.
18. Полоролевая идентичности старших дошкольников.
19. Особенности латерального статуса детей с ранним детским аутизмом.
20. Особенности восприятия при нарушениях зрения.
21. Особенности социально-психологической адаптации детей с нарушением зрения.
22. Психологическая готовность родителей к воспитанию детей-инвалидов.
23. Проблемы социальной реабилитации и адаптации выпускников специальных коррекционных школ.
24. Социокультурная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья и с особыми образовательными потребностями.
25. Психокоррекция поведения детей с аутизмом в условиях группы кратковременного пребывания.
26. Развитие речи как психологического средства у детей с ранним детским аутизмом.
27. Особенности развития аффективной сферы детей раннего возраста.
28. Психолого-педагогическая помощь детям с РДА. Холдинг-терапия. Проблема социально-бытовой адаптации.
29. Психологическая готовность к школьному обучению детей с аутизмом.
30. Психологическая помощь подросткам с дисгармоничным типом дизонтогенеза.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

1. Предметом изучения специальной психологии является:

- А) воспитание и обучение детей с нарушенным развитием
- Б) развитие психики, протекающее в неблагоприятных условиях
- В) своеобразие психического развития лиц с нарушенным зрением
- Г) особенности психического развития лиц с интеллектуальными нарушениями

2. Отклоняющееся развитие можно охарактеризовать как:

- А) развитие, имеющее стихийный, непредсказуемый характер
- Б) развитие, протекающее вне воспитательного воздействия
- В) развитие, протекающее в рамках иной языковой культуры
- Г) развитие, при котором влияние неблагоприятных факторов превышает компенсаторные возможности индивида

3. Задачами специальной психологии являются:

- А) разработка методов психологической диагностики отклонений в развитии
- Б) изучение закономерностей различных вариантов отклоняющегося развития
- В) создание коррекционных педагогических технологий
- Г) изучение психологических проблем, связанных с интеграцией

4. Среди закономерностей нарушенного психического развития выделяют:

- А) межсистемные
- Б) общие
- В) модально-специфические
- Г) модально-неспецифические

5. С какими смежными науками связана специальная психология?

- А) с психологией
- Б) с травматологией
- В) со специальной педагогикой
- Г) с медицинской генетикой

6. Дизонтогенез — это:

- А) нарушение физического и психического развития
- Б) психическое заболевание
- В) исследование соматического статуса ребенка
- Г) нормальное физическое и психическое развитие

7. Теорию системного строения дефекта выдвинул:

- А) В. И. Лубовский
- Б) В. В. Лебединский
- В) Л. С. Выготский
- Г) С. Я. Рубинштейн

8. Особенности психического развития, свойственные отдельным видам дизонтогенеза, относят к закономерностям:

- А) общим
- Б) межсистемным
- В) модально-неспецифическим
- Г) модально-специфическим

9. Замедление переработки поступающей информации относят к закономерностям:

- А) общим
- Б) межсистемным
- В) модально-неспецифическим
- Г) модально-специфическим

10. Гетерохронность психического развития относят к закономерностям:

- А) общим
- Б) межсистемным
- В) модально-неспецифическим
- Г) модально-специфическим

11. В специальной психологии выделяют следующие принципы проведения исследований:

- А) двойной диссоциации
- Б) системности
- В) педагогического оптимизма
- Г) динамического изучения в сочетании с качественным анализом результатов

12. По времени возникновения нарушения развития классифицируют:

- А) врожденные
- Б) социальные
- В) Биологические
- Г) приобретенные

13. По характеру психического дизонтогенеза классифицируют:

- А) Асинхронию
- Б) дисгармонию

В) Ретардацию

Г) анозогнозию

14. Основные параметры нарушенного развития описал:

А) В. И. Лубовский

Б) В. В. Лебединский

В) Л. С. Выготский

Г) С. Я. Рубинштейн

15. Количество параметров нарушенного развития:

А) 5

Б) 2

В) 4

Г) 3

16. В параметры нарушенного развития не входят:

А) хроногенность

Б) функциональная локализация нарушений

В) обратимость

Г) структура нарушенного развития

17. Первичные и вторичные нарушения относятся к следующим характеристикам дизонтогенеза:

А) к динамике формирования межфункциональных связей

Б) к времени появления нарушений

В) к функциональной локализации нарушений

Г) к структуре нарушенного развития

18. Третичными нарушениями называют:

А) биологически обусловленные функции

Б) нарушения в работе функций, непосредственно не связанных с поврежденной функцией

В) нарушения в работе функций, непосредственно связанных с поврежденной функцией

Г) прижизненно формирующиеся функции

19. Выделяют следующие механизмы формирования системных отклонений:

А) двигательный

Б) депривационный

В) деятельностный

Г) речевой

20. Согласно теории Л. С. Выготского, высшие психические функции имеют свойства:

- А) прижизненность формирования
- Б) врожденный характер
- В) осознанность
- Г) произвольность

21. Сложная ответная реакция индивида на факт внутренних нарушений, препятствующая возможной утрате целостности и потере равновесия с окружающей средой, называется:

- А) коррекция
- Б) компенсация
- В) декомпенсация
- Г) псевдокомпенсация

22. Система мероприятий, направленных на восстановление полноценного общественного бытия личности, называется:

- А) компенсация
- Б) абилитация
- В) реабилитация
- Г) адаптация

23. Исправление тех или иных недостатков развития называется:

- А) коррекция
- Б) компенсация
- В) абилитация
- Г) реабилитация

24. Система мероприятий, направленных на формирование эффективных способов социальной адаптации в возможных для данного индивида пределах, называется:

- А) коррекция
- Б) компенсация
- В) абилитация
- Г) реабилитация

25. Компенсаторные процессы реализуются на следующих уровнях:

- А) социально-психологическом
- Б) биологическом
- В) психологическом
- Г) социальном

КЛЮЧ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

- | | |
|----------|-------------|
| 1. Б | 14. Б |
| 2. Г | 15. В |
| 3. А Б Г | 16. В |
| 4. Б В Г | 17. Г |
| 5. А В Г | 18. Б |
| 6. А | 19. Б В Г |
| 7. В | 20. А В Г |
| 8. Г | 21. Б |
| 9. Б | 22. В |
| 10. А | 23. А |
| 11. Б Г | 24. В |
| 12. А Г | 25. А Б В Г |
| 13. А В | |

ГЛОССАРИЙ

Абилитация - система мероприятий, направленных на формирование эффективных способов социальной адаптации в возможных для данного индивида пределах.

Адаптация - приспособительные акты индивида, направленные на восстановление нарушенного равновесия со средой обитания, вследствие возникших изменений в последней.

Асинхрония развития - сочетание неравномерности в развитии с несвоевременностью сроков формирования тех или иных сторон психики.

Высшие психические функции (ВПФ) - одно из центральных понятий в теории культурно-исторического формирования психики Л. С. Выготского. Основными отличительными свойствами ВПФ являются: прижизненность формирования по генезу, произвольность и осознанность по способу существования, опосредованность по строению.

Гетерохронность - неравномерность процесса развития.

Пиперкомпенсация - восстановительные эффекты сверхнормативной результативности. В иной трактовке под гиперкомпенсацией понимается использование неадекватных защитных механизмов.

Депривация - многообразные нарушения в формировании и функционировании психики, возникающие вследствие относительно длительного блокирования значимых потребностей человека.

Дизонтогенез, дизонтогении - общее название различных вариантов нарушений в психическом развитии. Синонимами могут считаться такие понятия, как: отклоняющееся развитие, нестандартное развитие, устаревшее аномальное развитие и пр.

Защитные механизмы (психологическая защита) - специальная регуляторная система стабилизации личности, ограждающая сферу сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта. (И. М. Никольская и Р. М. Грановская).

Компенсация - восстановление утраченной или глубоко нарушенной функции за счет внутрисистемных и межсистемных перестроек.

Копинг- поведение - (сумма копинг-стратегий) сознательные усилия личности, направленные на поддержание позитивной самооценки в угрожающих для нее ситуациях.

Коррекция - мероприятия, направленные на исправление нарушений различных сторон психического функционирования.

Микрогенез (актуалгенез) - изменения, происходящие в процессе непосредственного функционирования психики в настоящий момент времени.

Модально-неспецифические закономерности развития - особенности психического развития, в той или иной степени характерные для разных форм дизонтогенеза, и отличающиеся от их нормального развития.

Модально-специфические закономерности развития - особенности психического развития, характерные для определенного вида дизонтогенеза.

Направленное развитие - развитие под влиянием организованных внешних воздействий. Синонимом направленного развития может выступать понятие «функциональный генез».

Нарушенное развитие - обычное развитие, протекающее в необычных (неблагоприятных) условиях, патогенный характер которых превышает компенсаторные возможности индивида, в силу чего последний нуждается в медико-социальной и психолого-педагогической помощи. Нарушенное развитие рассматривается как особый способ генеза психики, определяемый характером неблагоприятных условий, в которых он реализуется.

Обратное развитие - не соответствующее действительности представление, согласно которому процесс развития способен протекать в обратном направлении, возвращаться к уже пройденным этапам. Это положение грубо противоречит философским представлениям, согласно которым любой процесс развития всегда разворачивается в масштабах реального времени, необратимость которого делает невозможным и обратное развитие.

Общие закономерности развития - наиболее существенные характеристики процесса психического развития, в равной степени присущие как для нормального, так и для отклоняющегося развития.

Онтогенез - прижизненное развитие индивида от момента зачатия до смерти.

Псевдокомпенсация - неадекватные условиям существования индивида защитные механизмы, сужающие адаптационные возможности последнего.

Развитие психическое - поступательные, позитивные и необратимые изменения в виде качественных новообразований в структуре психики.

Распад - дезинтеграция отдельных функций, приводящая к утрате психикой своей целостности.

Реабилитация - система политических, экономических, медицинских, психологических, педагогических и пр. мероприятий, направленных на восстановление полноценного личностного существования инвалида в обществе.

Ретардация - порциальное или тотальное отставание в темпах развития.

Социализация - исторически сложившийся способ усвоения индивидом культурно-исторического опыта, в результате чего формируются человеческие способы поведения и сознание в целом.

Специальная психология - отрасль психологической науки, предметное содержание которой связано с изучением феноменологии и закономерностей нарушений в процессе психического развития и разработкой методов коррекционной помощи лицам с подобными нарушениями.

Спонтанное развитие - изменения, возникающие в процессе развития в результате самонаучения под влиянием подражания.

Структура нарушенного развития - одна из топографических характеристик дизонтогенеза, предполагающая выделение двух групп нарушенных функций. Первая связана с нарушениями, вызванными непосредственным воздействием патогенного фактора. Вторая группа нарушения тех или иных сторон психики, возникновение которых обусловлено непосредственными или опосредованными связями с первично поврежденной функцией.

Функциональный генез - позитивные изменения в структуре сознания под влиянием целенаправленных воздействий обучения, воспитания, коррекции.

Хроногенность - принцип, согласно которому, чем раньше в возрастном отношении возникает патогенное воздействие, тем тяжелее и разнообразнее его последствия для процесса психического развития.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Богдан Н.Н., Могильная М.М., редактор: Александрова Л.И. Специальная психология: [Электронный ресурс] // Сайт цифровых учебно-методических материалов ВГУЭС // abc.vvsu.ru, методическое обеспечение учебного процесса. Режим доступа: http://abc.vvsu.ru/Books/up_spec_psihologija/page0025.asp
2. Божович Л. И. Проблемы формирования личности. – М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995.
3. Буянов М. И. Ребенок из неблагополучной семьи: записки детского психиатра. М.: Просвещение, 1988. С. 53.
4. Вачеян Л. А., Воронина С. Н. Введение в специальную детскую психологию: [Электронный ресурс] // Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского. Режим доступа: <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met160/node2.html>
5. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии: Сб. // Под ред В.И. Лубовского. – М.: Просвещение, 1994.
6. Виноградова А.Д. и др. Практикум по психологии умственно отсталого ребенка: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. 2111 "Дефектология"/ А.Д. Виноградова, Е.И. Липецкая, Ю.Т. Матасов, И.П. Ушакова; Сост. А.Д. Виноградова. -- М.: Просвещение, 1985. - 144 с. С.65-66.
7. Власова Т.А., Лубовский В.И. Дети с задержкой психического развития (НИИ дефектологии АПН СССР). – М.: Педагогика, 1984.
8. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. – М., 1973.
9. Волкова Г.А. Методика обследования нарушений речи у детей — СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 1993. – 45 с.
10. Выготский Л.С. К вопросу о компенсаторных процессах в развитии умственно отсталого ребенка. – Собр. соч.: В 6-ти т. М.: Педагогика, 1983, т.5, с. 115-136.
11. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты - СПб.: ИСПиП, 1998. – 124 с.
12. Гилберт К. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие . — М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2005.
13. Гончаров Е.Л. Специальная психология: [Электронный ресурс] // Альманах Института Коррекционной Педагогике РАО 2002г, № 5. Режим доступа: <http://almanah.ikprao.ru/ru/articles/almanah-5#ccat>
14. Гуркин Ю. А. Репродуктологические проблемы девушек-подростков (пособие для врачей курсантов) [Текст]. Спб., 1997. С. 24–28.
15. Добряков И.В., Защирина О.В. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. — СПб.: Речь, 2007.-400 с.
16. Диагностика умственного развития дошкольников / Под ред. Л.А. Венгера и И.В. Холмской. – М., 1978.
17. Заваденко Н.Н. *Нарушения развития речи у детей и их коррекция*: [Электронный ресурс] // Журнал «Лечащий Врач» 2006, №5. Профессиональное медицинское издание. Включен в список ВАК. Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2006/05/4533858>
18. Здоровая молодежь - здоровое общество [Текст] / Л.Н.Галанкин, Г. С. Корчагина, А. М. Куликов, Л. П. Симбирцева, Ю. М. Шикин,- СПб.; НОДМЕДИЗДАТ. - 2005. - 368с.
19. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – СПб.: Речь, 2004.-384с. ISBN: 5-9268-0302-0 С.240, 243, 256-258.
20. Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей. – Л.: Медицина, 1982.

21. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Аутистические синдромы у детей и подростков: механизмы расстройств поведения. – М., 1979.
22. Козьявкин В.И. Проблема психического здоровья детей страдающих ДЦП: [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://auram.narod.ru/pages/deti/dcp_kozyavkin/page_01.htm
23. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. – 288с.
24. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. [Электронный ресурс] // Педагогическая библиотека. Книги по логопедии и психологии для чтения и скачивания. Режим доступа: http://www.pedlib.ru/Books/3/0205/3_0205-3.shtml - свободный. (дата обращения: 7.11.2011).
25. Комлева Г.М. Интеграция, инклюзия: плюсы и минусы: [Электронный ресурс] // Интернет-журнал «Отоскоп» 2002-2010 Центр коррекции слуха и речи "Мелфон". Режим доступа: <http://www.otoskop.ru/rus/2009/12/integraciya-inklyuziya-plyusy-i-minusy/>
26. Коноплева А.Н., Лещинская Т.Л. Интегрированное обучение детей с особенностями психофизического развития: Монография. – Мн.: НИО, 2003. – 232 с. С.68
27. Косенкова Т.В. Основы нейропсихологии: учебно-методическое пособие с рабочей тетрадью (для студентов заочной формы обучения, обучающихся по специальности 030301.65 (020400)-«Психология»). Смоленск: Смоленский государственный университет, 2008. – 161с.
28. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России. [Текст] // Акушерство и гинекология, 2002. №2. – С.4—7.
29. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология (клинические рекомендации) [Текст].- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006.-560 с.
30. Лебединский В.В. Нарушение психического развития детей. Учебное пособие. М.: МГУ, 1985. – 167с.
31. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития [Электронный ресурс] // Альманах института коррекционной педагогики: научно-методический журнал 2014, №19. Режим доступа: <http://almanah.ikprao.ru/ru/articles/almanah-9/osnovnye-voprosy-kliniki-i-sistematiki>
32. Левченко, И.Ю., Киселёва, Н.А., Качественный анализ показателей психической деятельности дошкольников с отклонениями в развитии [Текст] // Специальная психология. - 2008. - № 4 (18). - С. 22-34.
33. Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 192 с.
34. Либлинг М.М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье с аутичным ребенком. – М., 1986.
35. Лубовский В.В. Психологические проблемы диагностики задержки психического развития детей. – М., 1989. – 100 с.
36. Малофеев Н.Н. Постановление ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе наркомпросов» и развитие специальной школы: [Электронный ресурс] // Альманах института коррекционной педагогики: научно-методический журнал 2011, №15. Режим доступа: <http://almanah.ikprao.ru/ru/articles/almanah-15>
37. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом — СПб.: Речь, 2007. — 288 с.
38. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии.- СПб.: Речь, 2003.- 400с. ISBN: 5-9268-0166-4 С.378.
39. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. - СПб.: Речь, 2001. - 220 с.
40. МКБ-10 (Электронная версия). [Электронный ресурс] //Справочник кодов международной статистической классификации болезней. Режим доступа: <http://10mkb.ru/> -

свободный. – Загл. с экрана.- 10mkb.ru 2009-2011 / Главная / Коды / МКБ / Контакты / Статьи, (дата обращения: 7.11.2011).

41. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М - М.: Теревинф, 1997. – 227с.

42. Общество и инфекции, передаваемые половым путем: поиск решений [Текст] / Ю. К. Скрипкин, В. А. Аковбян, Л. И. Тихонова // Вестник дерматологии и венерологии. - Москва, 1999. - N.6. - С. 20-22

43. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 480с. ISBN 5-7695-0530-3

44. Панасюк А. Ю. Адаптированный вариант Б. Векслера. – Л., 1973.

45. Потапова Е.А. Психологическое сопровождение семей с детьми инвалидами. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 75-летию Курского государственного медицинского университета и 10-летию кафедры психологии и педагогики «Психологическое сопровождение лечебного процесса». [Электронный ресурс] — Курск: Курский государственный медицинский университет, 2010. 438 с. С.255-260.

46. Психокоррекция: теория и практика: [Текст] / Под редакцией Ю. С. Шевченко, В. П. Добриденя, О. Н. Усановой. Научно-практический центр «Коррекция». Москва 1995. – 224с.

47. Радевич И.Т. Половая конституция. [Электронный ресурс] // Сексопатолог андролог Радевич И.Т. http://sexolog.kherson.ucoz.ru/publ/polovaja_konstitucija/1-1-0-34

48. Романова Е.С., Усанова О.Н., Потемкина О.Ф. Психологическая диагностика развития школьников в норме и патологии. – М., 1990.

49. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М., 1970.

50. Русякова Е.Е. Изучение личностных особенностей девушек и юношей с различным типом половой конституции. [Текст] // Современная психология на перекрестке естественных и социальных наук: проблемы междисциплинарного синтеза : материалы международной научно-практической конференции 10–11 октября 2013 года. – Прага : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2013 – 76 с. С.27-35.

51. Русякова Е.Е. Исследование стиля материнского отношения к больному ребенку [Текст] // Семья в контексте педагогических, психологических и социологических исследований : материалы IV международной научно - практической конференции 5–6 октября 2013 года. – Прага: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2013 – 107 с. С.62-68.

52. Русякова Е.Е. Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой и методы психологической коррекции [Текст] : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Е. Е. Русякова ; С.-Петербур. гос. ун-т. - СПб., 2004. - 264с.

53. Русякова Е.Е. Электронный учебно-методический комплекс «Возрастная анатомия и физиология» для педагогов-психологии [Электронный ресурс]/Е.Е. Русякова. 305Мб. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). Систем. Требования: ПК Pentium, Windows 2000, Microsoft Internet Explorer 6.0. – Свидетельство о регистрации электронного ресурса. – М.: ОФЭРНИО ГАН «РАО». - №15926 от 29.06.2010.

54. Русякова Е.Е. Электронный учебно-методический комплекс «Возрастная физиология» [Электронный ресурс]/Е.Е. Русякова. 350Мб. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). Систем. Требования: ПК Pentium, Windows 2000, Microsoft Internet Explorer 6.0. – Свидетельство о регистрации электронного ресурса. – М.: ОФЭРНИО ГАН «РАО». - №15754 от 02.06.2010.

55. Русякова Е.Е. Электронный учебно-методический комплекс «Психологическое сопровождение соматически больного ребенка» [Электронный ресурс] /

Е.Е. Русякова. – 145Мб. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). Систем. требования: ПК Pentium, Windows 2000, Microsoft Internet Explorer 6.0. – Свидетельство о регистрации электронного ресурса. – М.: ОФЭРНиО ГАН «РАО». - №18282 от 04.07.2012.

56. Руссак, Юлия Александровна. Психологические и психофизиологические особенности девушек 14-17 лет с разным темпом полового созревания [Текст]: диссертация ... кандидата психологических наук : 19.00.02 / Руссак Юлия Александровна; [Место защиты: Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена].- Санкт-Петербург, 2010.- 196 с.

57. Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии.

58. Савина Е.А., Чарова О.Б. и др. Психологическая помощь родителям в воспитании детей с нарушениями развития: пособие для педагогов-психологов. М.: ВЛАДОС, 2008г. 30с.

59. Семенович А.В. нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте учеб. пособие для высш. Учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232с. ISBN 5-7695-0772-1

60. Сиротюк А.Л. Обучение детей с учетом психофизиологии: Практическое руководство для учителей и родителей. М.: ТЦ Сфера, 2001 — 128 с. С.95-97

61. Словарь Л. С. Выготского: [Текст] / под ред.: Леонтьев А. А. Издательство: М.: Смысл, 2010г. 119с. ISBN: 978-5-89357-263-6

62. Сорокин В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. ред. Л.М. Шипицыной. — СПб.: Речь, 2003. — 216 с.

63. Соц. работа: теория и практика \ \ Уч. Пособ.\ \ отв. ред. д.и.н., проф. Е.И.Холостова, д.и.н., проф А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА – М. 2001.

64. Специальная педагогика [Текст] / под ред. Н.М. Назаровой. - М., 2000.

65. Специальная психология [Текст]: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский, Т.В. Розонова, Л.И. Солнцева и др.; под ред. В.И. Лубовского. - М., 2003.

66. Спиваковская А.С. Игра как средство коррекции аутистического поведения у детей. – М., 1981.

67. Студеникин В. М., Шелковский В. И., Балканская С. В., Пак Л. А. Детский церебральный паралич: современные подходы к лечению: [Электронный ресурс] // Журнал «Лечащий Врач» 2007, №5. Профессиональное медицинское издание. Включен в список ВАК. Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2007/05/4535225>

68. Технологии социальной работы. \ \ Учебник под общ. ред. проф. Е.И.Холостовой. – М.: ИНФРА – М. 2001.

69. Усанова, О.Н. Специальная психология: [Текст] / О.Н.Усанова. – СПб.: Питер, 2006. – 400 с.

70. Чарова О.Б. Особенности материнского отношения к детям с нарушением интеллекта. [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / О.Б. Чарова ; Курский гос. пед. ун-т. – Курск, 2003. - 16 с.

71. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция: Сб. / Под ред. В.В. Лебединского, О.С. Никольской, Е.Р. Баенской. – М., 1990.

72. Ajzen I., Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Engelwood Cliffs, NJ: Printice-Hall, 1980.

73. Blacher J. Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: Fact of artifact? // Mental reparation. 1984. V. 22.№ 2. P. 55-68.

74. Hodapp R. Parenting children with Down syndrome and other types of mental retardation //Bronstein M. (ed.). Handbook of parenting. V. 1. Children and parenting. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Ass., 1995. P. 233-234.

75. Holder G.W. Parental attitudes towards childrearing // Bronstein M. (ed.). Handbook of parenting. V. 3. Children and parenting. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Ass., 1995. P. 359-392.

76. Holroyd J., MacArthur D. Mental retardation and stress on parents: A contrast between Down syndrome and childhood autism //Am. J. Mental Deficiency.1976.№ 80. P. 431-436.
77. Scorgie K., Sobsey D. Transformational outcomes associated with parenting children who have disabilities //Mental Retardation. 2000. V 38/ №3. P. 195-206.

Учебное текстовое электронное издание

Русякова Екатерина Евгеньевна

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

1,49 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2015 год

ФГБОУ ВПО «МГТУ»

Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»

Кафедра психологии

Центр электронных образовательных ресурсов и
дистанционных образовательных технологий

e-mail: ceor_dot@mail.ru