

Основы специальной психологии и коррекционной педагогики

Лекции

ВНИМАНИЕ!!! Задания к семинару после лекций!!!

Раздел 1. Специальная психология

- 1.1. Специальная психология как наука. Предмет, объект, отрасли, задачи и методы специальной психологии. Связь со смежными дисциплинами.
- 1.2. Исторический обзор развития специальной психологии, современное состояние и приоритетные направления
- 1.3. Л. С.Выготский и теоретические основы специальной психологии
- 1.4. Современные классификации детей с нарушениями в развитии
- 1.5. Олигофренопсихология. Предмет, задачи и методы олигофренопсихологии
- 1.6. Психология детей с задержкой психического развития. Предмет и задачи психологии детей со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии
- 1.7. Логопсихология
- 1.8. Сурдопсихология
- 1.9. Тифлопсихология как наука о закономерностях психического развития людей с нарушением зрения
- 1.10. Синдром раннего детского аутизма
- 1.11. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, их обучение и воспитание

Раздел 2. Коррекционная педагогика

- 2.1. Коррекционная педагогика в системе наук о человеке
- 2.2. Понятия «норма» и «аномалия» в психическом и личностном развитии ребенка. Возрастные и индивидуальные особенности детей с отклонениями в развитии и поведении. Причины и условия деформации личностного развития ребенка.
- 2.3. Классификация и виды отклонений в поведении детей и подростков
- 2.4. Система специального (коррекционного) обучения в РФ
- 2.5. Специфика коррекционной работы с детьми с задержкой психического развития
- 2.6. Особенности организации коррекционной работы с детьми в классах компенсирующего обучения
- 2.7. Диагностика. Система консультативно-диагностической работы

Раздел 1. Специальная психология

1.1. Специальная психология как наука. Предмет, объект, отрасли, задачи и методы специальной психологии. Связь со смежными дисциплинами.

Специальная психология – область психологии, изучающая проблемы развития лиц с физическими и/или психическими недостатками, определяющими их потребность в особых условиях обучения и воспитания и в особых формах психологического сопровождения. Английский корень названия - *special* (особый, индивидуальный) подчеркивает личностную ориентированность этой области психологии, ее способность решать различные индивидуальные проблемы конкретного человека.

Объектом изучения специальной психологии являются психофизические особенности детей с проблемами в развитии.

Предметом специальной психологии являются теоретические и практические вопросы изучения детей этой категории.

Отрасли специальной психологии:

Олигофренопсихология - отрасль специальной психологии, изучающая проблемы детей с нарушением интеллектуальной деятельности и разрабатывающая пути коррекции недостатков их психофизического развития.

Сурдопсихология - отрасль специальной психологии, занимающаяся изучением психических особенностей детей с недостатками слуха (неслышащих, слабослышащих).

Тифлопсихология – отрасль специальной психологии, изучающая проблемы лиц с нарушениями зрения (незрячих, слабовидящих).

Логопсихология (традиционное название - *логопедия*) - изучает проблемы детей, имеющих нарушения развития речи при сохранном слухе и интеллекте.

Отрасль науки, занимающаяся изучением проблем ***детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.***

Отрасль науки, занимающаяся изучением проблем ***детей с эмоционально-волевыми нарушениями.***

Отрасль науки, занимающаяся изучением проблем *детей со сложной структурой дефекта (сочетанными, комбинированными дефектами)*, когда у одного и того же ребенка имеется два и более первичных нарушения.

Современная специальная психология видит свои главные **задачи** в следующем:

- 1) в выявлении общих и специфических закономерностей психического развития ребенка с проблемами в сравнении с нормально развивающимся;
- 2) в изучении особенностей развития отдельных видов познавательной деятельности людей с различными типами нарушений;
- 3) в изучении закономерностей развития личности человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности;
- 4) в разработке диагностических методик и способов психологической коррекции различных типов нарушений психического развития;
- 5) в изучении психологических проблем интеграции и интегрированного (совместного со здоровыми сверстниками) обучения;
- 6) в психологическом обосновании наиболее эффективных путей и методов педагогического воздействия на психическое развитие детей и взрослых с различными нарушениями.

Таким образом, в центре внимания специалистов находится теперь уже не особенности психического развития детей с теми или иными аномалиями, а потребности конкретного ребенка с особенностями в развитии в создании оптимального индивидуального образовательного маршрута, позволяющего сохранить ребенка в семье, максимально интегрировать в сообщество обычных сверстников и обеспечить ему адекватную специальную психологическую поддержку.

Методы специальной психологии. В научно-педагогических исследованиях специальная психология использует известные педагогические и психологические методы. Это **наблюдение**, заключающееся в целенаправленном изучении определённого психолого-педагогического явления в естественных условиях, **обследование** или **беседа** по заранее намеченному плану, позволяющие выяснить коррекционно-воспитательного процесса.

Широко используются различные виды **эксперимента** - естественного (констатирующего и обучающего) и лабораторного, который проводится в специально создаваемых условиях. Экспериментальные задания выявляют не только сформированные

особенности и различные затруднения, но и возможности развития. Это позволяет, правильно поняв своеобразие ребёнка, успешно организовать с ним работу по преодолению проблем развития.

Важным источником получения сведений о детях, имеющих проблемы в развитии является **анализ результатов их деятельности** - рисунков, различных поделок, характеризующих психические особенности детей, их представления об окружающей жизни. Этот метод отражает индивидуальность детей, их склонности и способности.

Ценными средствами изучения детей с проблемами в развитии являются **социометрические и психологические методы** исследования.

Среди них **анкетирование** - метод массового сбора материала с помощью анкет, методы исследования **самооценки и уровня притязаний** личности, **социометрия** - исследование межличностных отношений в группе, а также **математические методы**, выявляющие количественные показатели исследуемых характеристик.

Специальная психология совершенствует имеющиеся методы научных исследований и разрабатывает новые. Обычно в психолого-педагогических исследованиях используется не один, а несколько взаимно дополняющих методов. Такое комплексное применение обеспечивает надёжность результатов.

Место специальной психологии среди смежных дисциплин Специальная психология тесно взаимодействует с рядом других дисциплин. Эти дисциплины можно разделить на два блока: психолого-педагогические науки и медико-биологические.



Рис. 1. Взаимосвязь специальной психологии со смежными дисциплинами.

1.2. Исторический обзор развития специальной психологии, современное состояние и приоритетные направления

Возникновение специальной психологии как самостоятельной отрасли психологической науки и практики можно отнести к 60-ым годам XX столетия. Тогда она появилась в перечне научных специальностей учебных вузов в разделе «Психология». Однако это было лишь формальное закрепление продолжавшегося уже многие десятилетия становления этой отрасли психологии.

На всех этапах своего развития человеческое общество не могло быть безразличным к тем, кто имел те или иные нарушения физических или психических качеств. На различных этапах развития цивилизации у людей существовали разные критерии человеческой неполноценности, так как в зависимости от уровня развития производительных сил и культуры к личности предъявлялись различные требования. Нет сомнений в том, что по мере развития производительных сил и культуры требования к личности возрастали.

При первообытнообщинном строе неполноценными признавались только индивидуумы с сильно выраженными грубыми физическими или психическими недостатками, которые мешали возможности добывать себе пищу. В древней Греции (особенно в Спарте) детей с рано выявившимися тяжелыми уродствами умертвляли вплоть до IV-V вв нашей эры. Имели место случаи, когда и в более позднее время дети с нарушениями в развитии оставлялись на произвол судьбы без присмотра.

В славянских государствах на таких людей, наоборот, смотрели как на святых, посланцев Бога, отсюда пошло название «убогий». Служители церкви пытались пробудить чувство жалости к таким лицам, помогая собирать пожертвования.

Общественный подъем, научно-технический прогресс, развитие педагогической мысли в эпоху Возрождения изменили общественное мнение в отношении лиц с проблемами в развитии. Мысль о необходимости изучения, воспитания и обучения лиц с проблемами в развитии зародилась одновременно с развитием медицины.

Впервые учить детей с нарушениями в развитии – глухонемых - стали в Испании в 1578 году. Формально специалисты были готовы обучать детей с проблемами в развитии

уже в XVI в. Но лишь к концу XVIII – началу IX вв сложились определенные взгляды на целесообразность использования лечебных и педагогических средств применительно к проблемным детям. Учебные заведения для них были приютного типа, в большинстве своем организовывались на частные пожертвования.

В начале XIX в открываются первые специальные учреждения для детей с нарушениями слуха и зрения в Королевстве Дании (1817), затем в Швеции, Саксонии, Норвегии. В дальнейшем появились учреждения для умственно отсталых. Первый вспомогательный класс был открыт в Германии. С этого времени наступил новый этап в общественном положении и воспитании детей с нарушениями в развитии.

Организация специальных учебно-воспитательных учреждений развивалась от частных и благотворительных заведений к государственной системе обучения и воспитания детей с проблемами в развитии.

В 1908 г. в России вышел Закон о всеобуче, что привело к выявлению умственно отсталых детей и необходимости их обучать по специальной программе, соответственно открывались вспомогательные школы.

В 1911 г. профессор Россолимо создает в Москве Институт детской психологии и невропатологии, в котором осуществлялось изучение своеобразия детей с проблемами развития. Появляются научные исследования ведущих специалистов того времени в области медицины, психологии, педагогики (Всеволод Петрович Кащенко, Федор Андреевич Рау, Алексей Николаевич Граборов, Дмитрий Иванович Азбукин, Лев Семенович Выготский и др.). Изучение, обучение и воспитание детей с проблемами в развитии становится на научную основу.

Именно в 20-е гг прошлого века дефектология выделяется в самостоятельную отрасль знаний.

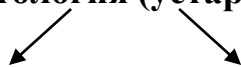
Дефектология (от лат. defectus – недостаток и греч. logos – учение, наука) – наука о психофизических особенностях развития детей с проблемами в развитии, закономерностях их обучения и воспитания.

На рубеже 80-х - 90-х годов прошлого века в связи с изменениями в социально-политической жизни страны произошел пересмотр традиционного названия науки о детях, имеющих проблемы в развитии.

Кроме того, развитие контактов с мировым научным сообществом сначала 90-х г. г. со всей очевидностью показало «диагнозную» в контексте гуманистической

парадигмы сущность термина «дефектология», абсолютную неприемлемость и негативное к нему отношение за рубежом. Поэтому термин «дефектология» ушел вместе с эпохой советского периода, выполнив свою функцию сохранения и развития репрессированных научных областей.

Дефектология (устаревшее)



Сп. Психология Сп. педагогика

Специальная психология исходно воспринималась как прикладная дисциплина, создающая обеспечение оптимального разрешения задач коррекционного педагогического процесса и, прежде всего, методы психологической диагностики, определяющие особенности психического развития ребенка, потребности в особых условиях (обходных путях) обучения.

Исторически первыми возникли такие направления специальной психологии как психология незрячих (тифлопсихология), неслышащих (сурдопсихология), психология умственно отсталых людей (олигофренопсихология).

За свою почти столетнюю историю специальная психология значительно расширила область своих исследований и практического применения. Теперь она обращена к детям с задержкой психического развития, с нарушениями речи, с эмоционально-волевыми нарушениями, к детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата, со сложной структурой дефекта и др.

Переосмысление в 90-е годы прошлого века государством и обществом ценностей специального образования, в соответствии с ценностями открытого общества, ориентированного на интеграцию людей с различными проблемами в единое сообщество при достижении каждым человеком максимально высокого уровня качества жизни, потребовало изменения приоритетов и в развитии специальной психологии.

В связи с этим, ***приоритетными направлениями развития специальной психологии на современном этапе развития общества являются:***

1. Изменение терминологии.
2. Ранняя диагностика нарушений в развитии и ранняя их коррекция.
3. Развивающаяся связь со здравоохранением.
4. Тенденция к обучению всех детей, «необучаемых детей нет».
5. Реорганизация системы психолого-медико-педагогических комиссий.

6. Изучение развития детей с нерезко выраженными нарушениями в связи с интегративными процессами в нашей стране (обучение и воспитание детей с проблемами в развитии совместно со здоровыми сверстниками).

Специальная психология, таким образом, становится не только теоретической или прикладной (обслуживающей реализацию целей коррекционной педагогики), но и самостоятельной практической дисциплиной.

1.3. Л. С. Выготский и теоретические основы специальной психологии

Теоретические основы отечественной дефектологии были заложены Л. С. Выготским, который определил общие закономерности развития детей с проблемами в развитии разных категорий, основные принципы коррекции (прежде всего ориентация не на дефект и ограниченный им уровень развития, а на потенциальные возможности ребенка) и компенсации имеющихся нарушений.

Л. С. Выготский обобщил работы своих предшественников (А. Сегена, П. Я. Трошина, А. С. Грибоедова, А. Адлера и др.) и создал общую концепцию аномального развития. В основу исследований положена теория психического развития, которую Л. С. Выготский разработал, изучая особенности нормального психического развития. Он показал, что наиболее общие законы развития нормального ребенка прослеживаются и в развитии детей с проблемами.

Обосновывая **положение об общности законов развития нормального и аномального ребенка**, Л. С. Выготский подчеркивал, что общим для обоих вариантов является социальная обусловленность психического развития. Во всех своих работах ученый отмечал, что социальное воздействие составляет неиссякаемый источник формирования высших психических функций, как в норме, так и в патологии. В то же время может быть выделен ряд закономерностей, не наблюдающихся у «нормальных» детей, но характерных для нарушенного развития. Общие закономерности аномального развития были затем систематизированы и обобщены в трудах Т. А. Власовой и В. И. Лубовского.

Системное строение дефекта. Л. С. Выготский выделил в аномальном развитии две группы симптомов: *первичные* нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни, и *вторичные (третичные и т. д.)* нарушения,

возникающие опосредованно, в процессе социального развития аномального ребенка. Вторичный дефект, по мнению Л. С. Выготского, является основным объектом психологического изучения и коррекции при аномальном развитии.

Л. С. Выготский выделил следующие факторы, определяющие развитие проблемного ребенка. 1 фактор – время возникновения первичного дефекта. Тот дефект, который возник в раннем детстве, когда не сформировалась вся система функций, обуславливает наибольшую тяжесть вторичных отклонений. 2 фактор – степень выраженности первичного дефекта. Различаются два основных вида дефекта. Первый из них – частный, обусловленный дефицитностью отдельных функций гнозиса, праксиса, речи. Второй – общий, связанный с нарушением регуляторных систем. Глубина поражения или степень выраженности первичного дефекта определяет разные условия аномального развития. *Чем глубже первичный дефект, тем больше страдают другие функции.*

Системно-структурный анализ дефекта при аномальном развитии ребенка, предложенный Л. С. Выготским, позволяет оценить все многообразие аномального развития, выделить его определяющие и побочные факторы и на основе этого построить научно обоснованную психокоррекционную программу.

В зависимости от характера нарушений одни дефекты могут полностью преодолеваются в процессе развития ребенка, другие лишь частично корригироваться, а некоторые – только компенсироваться.

Коррекция (лат. correctio - исправление) - система специальных психолого–педагогических и медицинских мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков психофизического развития детей. Под коррекцией подразумевается как исправление отдельных дефектов (например, коррекция произношения или зрения), так и целостное влияние на личность аномального ребенка в целях достижения положительного результата в процессе его обучения, воспитания и развития.

Коррекционная направленность характерна для всей учебно-воспитательной работы, проводимой с проблемными детьми, которая организуется с учетом нарушений и индивидуальных особенностей каждого ребенка. *Чем раньше начата коррекционно-воспитательная работа с детьми, тем успешнее преодолевается дефект.*

Компенсация - (лат. compensatio - возмещение, уравнивание) - это сложный многообразный, многоуровневый процесс приспособляемости организма, включающий возмещение недоразвитых, нарушенных или утраченных функций за счет качественной перестройки или усиленного использования сохранных функций.

Выделяют два типа компенсации функций. Первый – это внутрисистемная компенсация, которая осуществляется за счет привлечения сохранных нервных элементов пострадавших структур (например, при потере слуха развитие остаточного слухового восприятия). Второй – это межсистемная компенсация, которая осуществляется путем перестройки функциональных систем и включения в работу новых элементов и других структур за счет выполнения ранее неосвоенных им функций. Так, компенсация функций зрительного анализатора у ребенка, родившегося слепым, возможна преимущественно через развитие осязания, т. е. с помощью сенсорной системы кожного и кинестетического анализаторов.

Особое место в трактовке проблемы компенсации занимает теория сверхкомпенсации австрийского психолога и психиатра А. Адлера. С точки зрения А. Адлера человек – самое биологически неприспособленное существо, поэтому у него изначально возникает ощущение неполноценности, которое усиливается при наличии у ребенка, какого-либо физического или сенсорного дефекта. Самоощущение неполноценности является для человека постоянным стимулом к развитию его психики, т. е. дефект, неприспособленность – не только минус, но и плюс, источник силы, стимул к сверхкомпенсации.

В то же время сверхкомпенсация есть только крайняя точка одного из двух возможных исходов процесса компенсации, это один из полюсов осложненного дефектом развития. Другой полюс – неудача компенсации, бегство в болезнь, невроз, полная асоциальность психологической позиции. Высшая форма компенсации означает всестороннее развитие личности ребенка.

В связи с тем, что дети с проблемами в развитии весьма подвержены неблагоприятным влияниям и состояниям, компенсаторные механизмы могут разрушаться. При этом резко снижается работоспособность и замедляется развитие. Возникает так называемая **декомпенсация**.

1.4. Современные классификации детей с нарушениями в развитии

Проблема разграничения нормы и аномалии представляет собой немаловажную социальную, психологическую и педагогическую проблему. Различные нарушения и отклонения в развитии по-разному классифицируются в медицине, психологии и педагогике в соответствии с различием их предметов.

Медицинская классификация предполагает выделение типа патологии: неврозы, минимальная мозговая дисфункция, психопатии и т. д. Сюда же, кстати, относится термин «аномальные».

В рамках психологической квалификации тип нарушения выделяется в соотношении к нормальному развитию: искаженное, задержанное и т. д. Могут быть и другие основания психологической классификации, например, в соответствии с психологическими механизмами развития – развитие по типу гиперкомпенсации, развитие личности по депрессивному типу и т. д.

Педагогическая классификация ориентирована на процесс обучения и рассматривает нарушение развития, прежде всего, в контексте этого процесса.

Каких же детей относят к категории детей с проблемами в развитии?

Устаревшее сегодня понятие **аномальные дети** (от греческого слова *anomalos* - неправильный) включало в себя тех детей, у которых физические и /или психические отклонения приводили к нарушению **общего развития**. Эти дети нуждаются в специальном (коррекционном) обучении и воспитании. Дети, чье физическое и психическое развитие не нарушено, несмотря на наличие некоторого дефекта (например, потери зрения на один глаз), не относятся к данной категории.

В нормативно-правовой документации используются несколько понятий, определяющих контингент детей, относимых к системе специального образования. Это такие понятия как «дети с нарушениями в развитии», «дети с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности», «дети с особыми образовательными потребностями» и т. д.

Понятие «ребенок с проблемами в развитии» не всегда соответствует понятию «ребенок-инвалид». Термин «инвалид» происходит от латинского корня (*valid* - «действенный, полноценный, могущий») и в буквальном переводе обозначает «непригодный», «неполноценный». Значительная часть детей с проблемами в развитии

способна преодолеть нарушения, вызванные дефектом, в результате коррекционно-воспитательной работы. Кроме того, среди детей-инвалидов немало и таких, кого не следует относить к категории детей с проблемами, так как имеющийся физический дефект в ряде случаев позволяет сохранить нормальный уровень психического развития.

Основные категории детей с нарушениями в развитии.

В настоящее время в обращении имеются ряд классификаций детей, имеющих нарушения в развитии. Причем они не противоречат, а взаимодополняют друг друга, рассматривая одни и те же проблемы с разных сторон.

Психологическая классификация, предложенная В. В. Лебединским (1985).

Данная классификация построена на основе качественного анализа нарушений развития, с выделением ведущих признаков нарушений в зависимости от времени возникновения дефекта, его тяжести и локализации. В данной классификации выделяются следующие основные виды психического дизонтогенеза:

1. Психическое недоразвитие.

Данный вид нарушений рассматривается как синдром тотальной ретардации. В основе данной формы психического дизонтогенеза лежит недоразвитие всех сторон психики: познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, личности, потребностно-мотивационной сферы и др. Наиболее типичной моделью психического недоразвития является олигофрения.

2. Задержанное психическое развитие.

В детском возрасте замедленный темп психического развития встречается значительно чаще, чем психическое недоразвитие. Обычно задержки психического развития (ЗПР) диагностируются в дошкольном возрасте и при поступлении в школу. ЗПР проявляется в снижении общего запаса знаний, в ограниченности представлений, в недостаточной интеллектуальной целенаправленности и т. д.

3. Поврежденное психическое развитие.

В отличие от других форм дизонтогенеза поврежденное развитие обусловлено более поздним (после 2,5-3 лет) патологическим воздействием на мозг ребенка, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформировалась, и признаки повреждения проявляются в их недостаточности. Характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция, распад психических функций. Структура психического дефекта при поврежденном развитии отличается выраженной

полиморфностью, что проявляется в наличии разнообразных интеллектуальных, эмоционально-волевых и личностных нарушениях.

4. *Дефицитарное развитие* связано с тяжелыми нарушениями отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата. Первичный дефект ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, а также к замедлению развития других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Компенсация при дефицитарном развитии осуществляется лишь в условиях адекватного воспитания и обучения.

5. *Искаженное развитие.*

При данном виде дизонтогенеза наблюдаются сложные сочетания общего психического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, что приводит к ряду качественно новых патологических образований. Одним из клинических вариантов этого типа дизонтогенеза является ранний детский аутизм (РДА).

В данном случае в процессе формирования психических функций наблюдается другая их последовательность по сравнению с нормальным развитием: у таких детей развитие речи может опережать формирование двигательных функций, словесно-логическое мышление может формироваться раньше предметных навыков и т. п. При этом функции, развивающиеся ускоренно, не «подтягивают» развитие других.

6. *Дисгармоническое развитие.* Основной особенностью дисгармонического развития является врожденная или рано приобретенная диспропорциональность психики в ее эмоционально-волевой сфере. К дисгармонии психического развития относятся психопатии и психопатическое развитие личности ребенка, для которых характерны неадекватные реакции на внешние раздражители, вследствие чего ребенку трудно приспособиться к условиям жизни в обществе.

Механизмы психического дизонтогенеза, лежащие в основе нарушений формирования личности при психопатических синдромах, неоднозначны. Систематика психопатий представляет значительные трудности. Это связано с рядом факторов, основной из которых — многообразие психопатических вариантов личности, их промежуточное положение между нормой и психическими заболеваниями.

Следует отметить, что один вариант дизонтогенеза в чистом виде встречается крайне редко. Например, искаженное развитие может сочетаться с психическим

недоразвитием или с задержанным развитием, а дисгармоническое психическое развитие часто протекает на фоне задержки психического развития и т. п.

Педагогическая классификация значительно чаще применяется на практике (например, при диагностировании нарушений психофизического развития в условиях психолого-медико-педагогических комиссий, при комплектовании специальных учреждений и т. д.).

В зависимости от вида аномалии выделяются следующие категории детей с нарушениями в развитии (подразделяемые на группы по степени выраженности и времени наступления дефекта): дети с нарушениями зрения (незрячие, слабовидящие дети); дети с нарушениями слуха (неслышащие, слабослышащие дети); дети с нарушениями интеллектуальной деятельности (умственно отсталые и дети с задержкой психического развития (ЗПР)); дети с нарушениями речи; дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата; дети с эмоционально-волевыми нарушениями; дети со сложными (комбинированными) видами нарушений.

Таким образом, дети с нарушениями развития – это сложная разнохарактерная группа. Различные нарушения по-разному отражаются на формировании социальных связей детей, на их познавательных возможностях и условиях социальной адаптации, что необходимо учитывать при определении стратегии и тактики психолого-педагогического изучения.

Существуют также **медицинские классификации болезней** (МКБ-9, МКБ-10), которыми пользуются врачи для диагностики нарушений развития.

Среди детей также встречается категория с так называемыми нерезко выраженными или минимальными нарушениями (В. И. Селиверстов, Б. П. Пузанов).

1.5. Причины дизонтогений

В основе аномалий или дефектов развития лежат нарушения центральной нервной системы или определенного анализатора, в результате которых возникают нетипичное строение и деятельность отдельных органов или всего организма. В зависимости от причин и времени возникновения нарушений их подразделяют на *врожденные и приобретенные* (Рис.2).

I. Врожденные аномалии

А. Среди биологических факторов значительное место занимают так называемые пороки развития мозга, связанные с поражением генетического материала

(хромосомные абerrации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена и др.).

Первая группа врожденных аномалий – наследственные поражения организма. Наследственные болезни – это заболевания, развивающиеся в результате *хромосомных и генных* мутаций.

1) *Хромосомные болезни* составляют своеобразную группу наследственных заболеваний, обусловленных изменениями в хромосомном наборе. Хромосомные болезни разнообразны по своей клинической картине, часто выражаются в нарушениях и психического, и соматического развития. Среди новорожденных хромосомные болезни встречаются в среднем с частотой 1 случай на 250, однако, у эмбрионов хромосомные аномалии выявляются гораздо чаще. Хромосомные заболевания можно разделить на две большие группы: заболевания, обусловленные изменением половых хромосом; заболевания, обусловленные изменениями аутосом.

По клиническим признакам хромосомные заболевания можно разделить на 2 группы: образующие определенный синдром и случайные хромосомные изменения.

Первая группа характеризуется наличием в клинической картине более или менее общих признаков, позволяющих заподозрить, а иногда и точно диагностировать то или иное хромосомное заболевание. Это синдром Дауна, Шерешевского – Тернера, Клайнфельтера и др. Вторая группа хромосомных нарушений характеризуется тем, что не имеет определенной клинической картины. Чаще всего можно лишь заподозрить наличие хромосомного нарушения.

2) *Вторую группу* наследственных заболеваний представляют *генные* болезни, в основе которых лежат генные мутации (изменения).

Количество генных мутаций значительно превышает число хромосомных нарушений, так как хромосом у человека – 46, а количество генов исчисляется сотнями тысяч. Поэтому именно генные заболевания составляют основу наследственной патологии человека.

Для генных заболеваний характерны следующие *особенности*: генные заболевания могут проявляться в разном возрасте, причем нередко характеризуется длительным скрытым течением с внезапным проявлением. Большинство генных заболеваний зависит от нарушений согласованной работы множества генов и факторов внешней среды. Это так называемые *полигенные* заболевания, к которым относятся широко распространенные:

диабет, шизофрения и др. Но есть и моногенные (глухота, болезни нервной системы и др.), число которых на сегодня достигает 1500. Одни и те же заболевания по-разному и в разной степени проявляются у разных носителей, даже в одной семье – клинический полиморфизм.

С одной стороны, в процессе эволюции патологические гены *исключаются* естественным отбором (тяжело больные не имеют потомства). С другой стороны, большая доля заболеваний обусловлена вновь возникшими мутациями.

Б) Существуют также врожденные нарушения, обусловленные ненаследственными факторами. Это влияния среды, как внутренние, так и внешние патогенные агенты, негативно действующие на развивающийся плод во внутриутробном развитии.

Врожденные заболевания могут быть обусловлены поражением плода на разных этапах внутриутробного развития. Если поражение происходит в первые 4 месяца беременности, то оно может привести к гибели эмбриона или к образованию грубых пороков развития (*эмбриопатии*). Если же вредные воздействия приходятся на более поздние стадии развития (вторая половина беременности), то они вызывают более тонкие и менее грубые изменения структуры внутренних органов и нарушения их деятельности в последующем - *фетопатии*.

Существует прямая связь между временем воздействия на развивающийся плод и негативными последствиями. *Чем раньше во внутриутробном развитии повреждается эмбрион, тем более тяжелыми оказываются последствия этих вредоносных явлений.*

II. Приобретенные нарушения включают разнообразные отклонения в развитии, вызванные природовыми и послеродовыми поражениями организма.

А) К природовым нарушениям, как правило, относятся механические поражения плода, связанные с неблагоприятным течением родов: длительных, затяжных или быстрых, стремительных. Распространенным осложнением является кровоизлияние в вещество мозга. Сдавливание, деформация головки плода при наложении щипцов в случае затяжных родов может быть причиной разрыва сосудов. Результатов стремительных родов также бывает кровоизлияние из-за быстрой смены внутриматочного давления атмосферным.

К расстройствам кровообращения с тяжелыми последствиями приводит *асфиксия* (остановка дыхания, кислородное голодание). При длительных родах, вызванных неправильным положением плода, вероятно травматическое

повреждение плечевого нервного сплетения, в результате которого наступает периферический паралич руки.

Б) Послеродовые приобретенные нарушения развития являются в основном последствиями перенесенных в детстве заболеваний. К этим заболеваниям, прежде всего, относятся инфекционные заболевания нервной системы, известные под названием «нейроинфекции». Среди них воспалительные заболевания, вызванные, как правило, бактериями и вирусами.

Заболевание менингитом (воспаление мозговых оболочек) может привести к развитию гидроцефалии, к глухоте, двигательным нарушениям и пр. Энцефалит (воспаление вещества головного мозга) тоже может стать причиной глубоких нарушений психического и физического развития. При менингоэнцефалите в болезненный процесс захватывает области спинного и головного мозга. К последствиям менингоэнцефалита относятся многочисленные патологические симптомы: двигательные расстройства, речевые нарушения и пр. Особенно страдает интеллект.

Полиомиелит (острое инфекционное заболевание нервной системы) приводит к резкому ограничению двигательных возможностей ребенка. К причинам приобретенных нарушений относятся также различные травматические повреждения, особенно черепно-мозговые травмы. В ряде случаев причиной нарушений могут оказаться интоксикации. Обычно от интоксикации страдает весь организм, но отдельные вещества особенно активно действуют на нервную систему (алкоголь, наркотики, соли свинца, ртуть и пр.). Различные заболевания носоглотки, органов зрения могут вызвать тяжелые осложнения и поражения соответствующих анализаторов с последствиями – нарушениями развития ребенка. Поэтому так важно своевременное лечение острых заболеваний.

1.5. Олигофренопсихология. Предмет, задачи и методы олигофренопсихологии

Олигофренопсихология — отрасль специальной психологии, изучающая закономерности психического развития и особенности психической деятельности лиц с интеллектуальной недостаточностью.

Олигофренопсихология связана с такими областями психологии, как детская, возрастная и педагогическая психология, психофизиология, нейропсихология и др. Она соприкасается с рядом разделов общей психологии.

В *задачи* олигофренопсихологии входит:

- изучение закономерностей и особенностей психического развития лиц с интеллектуальными нарушениями в разных условиях, и, прежде всего, в условиях специального обучения;
- создание методов и средств психологической диагностики интеллектуальных нарушений;
- разработка средств психологической коррекции недостатков развития;
- психологическое обоснование содержания и методов обучения и воспитания в системе специальных образовательных учреждений для детей с умственной отсталостью;
- психологическая оценка эффективности содержания и методов обучения детей с интеллектуальными нарушениями в разных условиях;
- психологическое изучение социальной адаптации лиц с интеллектуальной недостаточностью;
- психологическая коррекция дезадаптации лиц с нарушениями интеллектуальной деятельности.

В настоящее время наиболее актуальными задачами являются разработка диагностических методик и психологического сопровождения коррекционного образовательного процесса, поскольку эти области остаются слабо освещенными.

В олигофренопсихологии отсутствуют какие-либо особые, специальные *методы исследования*. В ней, как и в общей, детской и педагогической психологии, применяются индивидуальный и групповой лабораторный психологический эксперимент, наблюдение, изучение продуктов деятельности, анкетирование, беседа, изучение анамнестических сведений, обучающий эксперимент и т. д.

Каждая из методик применяется в определенных целях и с учетом особенностей объекта изучения.

Особое значение при изучении детей с умственной отсталостью приобретает наблюдение. Из-за ряда особенностей этих детей применение экспериментальных методик в раннем и дошкольном возрасте часто не дает значимых результатов. В то же время целенаправленное прослеживание поведенческих проявлений может дать очень многое.

Большое значение в олигофренопсихологии имеет метод анкетирования родителей, воспитателей, педагогов для оценки уровня и особенностей развития ребенка в раннем возрасте.

Все экспериментальные исследования обычно строятся как сравнительные. Чтобы результаты психологического эксперимента или наблюдения были полноценными и плодотворными, данные, полученные при изучении какой-то определенной группы детей с недостатками развития, обязательно должны сопоставляться с результатами выполнения точно таких же заданий группой нормально развивающихся сверстников, т. е. в исследованиях для сравнения всегда организуются контрольные группы.

Основные этапы в развитии представлений об умственной отсталости

В соответствии с изменениями об объекте, методах и задачах можно наметить четыре этапа в развитии учения об умственной отсталости.

На первом этапе главным объектом изучения были глубоко слабоумные больные, которые чаще всего находились в психиатрических стационарах. Первые клинические описания слабоумия относятся к концу XVIII в.

До первой половины XIX в для обозначения интеллектуально неполноценных лиц использовался один термин – «идиотизм», к которому относили самые различные по степени и происхождению формы слабоумия, все же в ранних психиатрических классификациях имеется тенденция выделить больных с врожденным слабоумием.

В начале XIX в Пинель (1806) дал определение этому понятию: «более или менее абсолютное нарушение функций разума и/или чувства». Он предполагал, как это тогда было принято, что идиотия – это одна из форм психического заболевания – сумасшествие. Обратив внимание на физическое состояние слабоумных и дефекты в строении их тела, он сделал заключение о том, что «если идиотизм зависит от порока строения головы, то тогда бесполезны старания его излечить».

Эскироль (1772) основательно изучив слабоумие, первым понял, что идиотия не болезнь, а состояние, характеризующееся тем, что умственные способности при нем в течение жизни никогда не развивались. Работы Эскироля положили начало клиническому и психологическому изучению слабоумия. Ученый четко сформулировал основное отличие врожденного слабоумия от приобретенного, отнеся эти две формы к различным разделам своей классификации, и выделил в группе «идиотизма» менее глубокую степень — имбецильность.

К началу XX века наука уже располагала достаточным материалом для того, чтобы выделить различные степени и формы врожденного слабоумия и высказать предположения об его этиологии и патогенезе.

Хотя в работах ученых второй половины XIX и начала XX века еще не было четкой и единообразной терминологии — выделение отдельных форм олигофрении только начиналось, а представления об этиологии и патогенезе были недостаточно определенными, — все же клинические описания стали отражать не только интеллектуальную недостаточность больных, но и нарушения эмоциональной и волевой сферы, т. е. изменения личности в целом.

Начало *второго периода* можно связать с трудами С. С. Корсакова и др., в которых доказывалось, что наиболее частыми причинами «идиотизма» являются ранние поражения мозга.

Во второй половине XIX и в начале XX века в связи с ростом промышленности и торговли грамотность подрастающих поколений становится народнохозяйственной потребностью. В наиболее развитых промышленных странах вводится всеобщее обучение. Однако среди детей школьного возраста встречались такие, которые не усваивали материала, предусмотренного программой начальной школы. В связи с этим руководители общественных школ Парижа обратились за помощью к известному психологу Бине.

Таким образом, первой задачей, поставленной перед психологами, было выявление детей, не способных обучаться в массовой школе.

Для массового обследования учащихся учеными были разработаны «Новые методы для диагностики интеллектуального уровня аномальных детей» (1905). Это была метрическая шкала, построенная Бине и Симоном на основе данных, полученных при обследовании нескольких тысяч учащихся начальных школ.

Широкое применение метода тестов было неплодотворным для изучения олигофрении. Невыполнение тестов далеко не всегда бывало следствием умственной недостаточности.

Во многих случаях оно было связано с задержкой развития, вызванной либо соматической ослабленностью, либо неблагоприятными условиями жизни. Часто само содержание и формулировка вопросов были непонятны и чужды исследуемым, а искусственная обстановка исследования, напоминающая экзамен, беседа с незнакомым человеком также нередко вызывали смущение, растерянность, испуг.

Все это явилось причиной неправомерного расширения диагностики олигофрении, а иногда и явной ее ошибочности.

В последующие годы благодаря дальнейшему развитию психологии подход к изучению олигофрении значительно изменился: более критически стали относиться как к надежности «показателя интеллекта», так и к самому методу психометрии.

Современные психологические исследования ставят своей задачей целостное изучение личности ребенка, страдающего олигофренией и создание позитивной характеристики, отражающей своеобразие и закономерности его психической деятельности.

Началом третьего периода в развитии учения об умственной отсталости явился труд Э. Крепелина (1915), обобщивший его собственные наблюдения и обширные литературные данные. Заранее предупредив, что предложенным им термином «олигофрения» он называет сборную, различную по этиологии, клинической картине и морфологическим изменениям группу аномалий, Крепелин объединил в ней состояния, имеющие общую патогенетическую основу — тотальную задержку психического развития.

Понимание олигофрении как следствия нарушенного развития мозга (а часто и всего организма) встречается уже в ранних клинических работах.

Однако начало XX века оказалось особенно благоприятным для развития этих взглядов: в то время проблема дизонтогений привлекла особое внимание представителей ряда клинических и теоретических дисциплин— акушерства, педиатрии, психиатрии, биохимии, экспериментальной физиологии, эмбриологии, медицинской генетики и др. В центре внимания оказались вопросы этиологии, патогенеза и классификации олигофрении.

Выдающийся отечественный психолог Л. С. Выготский считал, что основная особенность умственно отсталого ребенка заключается в недоразвитии абстрактного мышления. Он сформулировал концепцию психологических особенностей умственной отсталости.

Ученики и последователи Л. С. Выготского (Божович Л. И., Гальперин П. Я., Запорожец А. В., Леонтьев А. Н., Лурия А. Р., Рубинштейн С. Л., Эльконин Д. Б. и др.), развивая его идеи, продолжили психологические исследования, изучающие личность ребенка в целом. Это позволило получать характеристики, отражающие своеобразие и закономерности развития психической деятельности умственно отсталого ребенка, используя их в процессе воспитания и обучения.

Четвертый период изучения умственной отсталости, продолжающийся и в настоящее время, особенно плодотворен.

Выявлены и описаны несколько сотен наследственных синдромов, сочетающихся с умственной отсталостью.

В связи с большим интересом современных ученых к проблеме олигофрении значительно увеличилось число работ, посвященных этой теме, и расширилась их тематика. Были опубликованы многочисленные работы (М. С. Певзнер, Е. А. Стребелева, В. И. Лубовский, В. М. Мозговой и др.).

В настоящее время результаты комплексных исследований представляют надежную научную основу для дальнейшей разработки вопросов этиологии и патогенеза.

Понятие умственной отсталости, ее структура

Умственная отсталость - это стойкое нарушение познавательной деятельности, возникающее вследствие органического поражения головного мозга.

Степень поражения может быть различной по тяжести, локализации и по времени наступления, что вызывает индивидуальные особенности развития умственно отсталого ребенка. Умственная отсталость – это не просто “малое количество ума”, это качественные изменения всей психики, всей личности в целом, явившиеся результатом перенесенных органических повреждений центральной нервной системы.

Наиболее многочисленную группу среди умственно отсталых детей составляют дети-олигофрены.

Олигофрения – стойкое нарушение психического развития, и в первую очередь, интеллектуального, обусловленное органическим поражением центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза (до 2,5-3 лет).

При олигофрении имеет место раннее, обычно внутриутробное, недоразвитие головного мозга, обусловленное наследственными влияниями или различными повреждающими факторами окружающей среды, действующими в период внутриутробного развития плода, во время родов и в течение первых лет жизни. При олигофрении отсутствует нарастание интеллектуального дефекта.

Необходимо обратить внимание на то, что понятие “умственно отсталый” не равнозначно понятию “олигофрен”. Понятие “умственно отсталый” является более общим, оно включает в себя олигофрению и другие (различные по причинам) состояния выраженного интеллектуального недоразвития.

Для олигофрении характерно тотальное недоразвитие всех нервно-психических функций с преимущественной недостаточностью абстрактных форм мышления. Интеллектуальный дефект сочетается с нарушениями моторики, речи, восприятия, памяти, внимания, эмоциональной сферы, произвольных форм поведения. Интеллектуальный дефект отличается стойкостью, при тяжёлых формах выявляется уже с первых месяцев жизни ребёнка.

При олигофрении выделяют три степени умственного недоразвития: *дебильность*, *имбецильность* и *идиотию*.

Дебильность является наиболее лёгкой по степени и наиболее распространённой формой (коэффициент интеллекта 50–70). При отсутствии осложняющих интеллектуальную недостаточность расстройств, а также при ранних и адекватных коррекционных мероприятиях социальный прогноз этой формы олигофрении благоприятен.

При выполнении работы, не требующей инициативы, самостоятельности и быстрой переключаемости, обнаруживается достаточная продуктивность. Наличие практической ориентировки, заинтересованности в своём жизнеустройстве способствует приобретению трудовых навыков и посильной социальной адаптации.

Низкие познавательные способности и особенности эмоционально-волевой сферы детей с олигофренией в степени дебильности не позволяют им овладеть программой общеобразовательной массовой школы, поэтому они нуждаются в специальном

обучении. За девять лет они осваивают учебный материал, приблизительно соответствующий программе начальной общеобразовательной школы.

Более тяжёлой степенью олигофрении является **имбецильность** (коэффициент интеллекта 20–49). По медицинской классификации имбецильность делится на *умеренную и выраженную*.

При имбецильности грубо нарушена способность к отвлеченной деятельности и к образованию понятий, речь косноязычна, состоит из коротких стандартных фраз. При отсутствии осложнённости олигофрении дети и подростки, страдающие имбецильностью, часто способны овладеть элементарными видами физического труда (простыми картонажными работами, подбором по цвету и размеру несложных деталей для различных бытовых изделий и т. д.). При тяжёлой степени имбецильности обучение даже простым видам производственного труда невозможно.

Идиотия (коэффициент интеллекта менее 20) – самая тяжелая степень олигофрении, характеризуется грубым недоразвитием всех психических функций.

Для детей с идиотией характерно: неосмысление окружающего; крайне затрудненное развитие (отсутствие) речевых звуков; нарушение моторики, координации движений, ориентировки в пространстве, иногда очень тяжелые, вынуждающие их к лежащему образу жизни; отсутствие самостоятельного формирования гигиенических навыков.

Дети с идиотией находятся (с согласия родителей, законных представителей) в специальных учреждениях системы Министерства социального обеспечения. При достижении 18 лет они переводятся в специальные интернаты для лиц с психическими хроническими заболеваниями.

Основные задачи работы с глубоко умственно отсталыми детьми.

1. Развитие всех психических функций и познавательной деятельности детей в процессе обучения и коррекция их недостатков.
2. Формирование у глубоко умственно отсталых детей правильного поведения.
3. Трудовое обучение и подготовка к посильным видам труда.
4. Физическое воспитание.
5. Формирование (развитие) навыков самообслуживания.
6. Бытовая ориентировка и социальная адаптация.

Деменция – стойкое, необратимое нарушение познавательной деятельности в результате органического поражения центральной нервной системы, но на более поздних этапах онтогенеза. При деменции имеет место приобретенный интеллектуальный дефект.

Если при поражении центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза доминирует явление *недоразвития* (олигофрения), то при воздействии вредности в более старшем возрасте, в период относительной зрелости корковых систем головного мозга, доминирует явление *повреждения* (деменция).

Различают *резидуальную* (органическую) деменцию, при которой нарушение интеллекта представляет собой остаточные явления и поражения мозга (причины - травмы, различные вмешательства и др.), и *прогредиентную* деменцию, при которой имеет место текущий болезненный процесс (причины – эпилепсия, шизофрения и др.).

При тяжёлой прогрессирующей деменции идёт нарастающий распад психических функций. Говорить о развитии можно, в основном, применительно к резидуальной деменции, когда имеет место приостановка болезненного процесса, и существуют определённые возможности для развития.

Следует отметить, что при деменции, в отличие от олигофрении, имеет место период нормального интеллектуального развития. Кроме того, структура интеллектуальной недостаточности при деменции имеет свои характерные особенности, которые заключаются в неравномерной недостаточности различных познавательных функций.

Классификации олигофрений М. С.Певзнер и Г. Е.Сухаревой

Учителя-дефектологи, работающие в специальных школах VIII вида, пользуются классификацией, предложенной **М. С. Певзнер**. Эта классификация позволяет понять причины, обуславливающие особенности различных сторон психической деятельности и поведения детей-олигофренов, и облегчает поиск путей коррекционно-воспитательной работы.

М. С. Певзнер выделила пять основных форм олигофрении: неосложненную; с преобладанием процессов возбуждения или торможения; со снижением функций анализаторов или с речевыми отклонениями; с психопатоподобным поведением; с выраженной недостаточностью лобных отделов коры головного мозга.

Из этих пяти форм первые две являются наиболее распространенными.

Неосложненная форма олигофрении характеризуется уравновешенностью нервных процессов. Эмоционально-волевая сфера при этой форме относительно сохранна. Отклонения в плане познавательной деятельности не сопровождаются грубыми нарушениями отдельных анализаторов. Ребенок способен к целенаправленной деятельности в тех случаях, когда предложенное задание ему понятно и доступно. В привычной ситуации его поведение адекватно, он послушен и доброжелателен по отношению к окружающим. Родители часто не замечают отставания ребенка в плане движений, речи, памяти, мышления и считают его благополучным.

При олигофрении, характеризующейся неустойчивостью эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности, присущие ребенку отклонения отчетливо проявляются в изменениях поведения и деятельности. Возбудимые олигофрены часто беспокойны, импульсивны, расторможены, двигательно беспокойны, чрезвычайно отвлекаемы, непослушны, конфликтны. Они не обращают внимания на замечания взрослых.

Заторможенные олигофрены отличаются вялостью, замедленностью, инертностью, которые обнаруживаются в их моторике, поведении, сниженной работоспособности. Они продвигаются медленно. Им нужно много времени, чтобы организовать свою деятельность.

У олигофренов с нарушениями функций анализаторов или специфическими речевыми отклонениями диффузное поражение коры сочетается с более глубокими локальными повреждениями мозговой системы. Такие дети помимо основного дефекта — умственной отсталости — имеют дефекты слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата. Их жизненные перспективы ограничены, поскольку наличие двойного, а тем более тройного дефекта резко затрудняет их продвижение и снижает возможности социально-трудовой адаптации.

При олигофрении с психопатоподобным поведением у ребенка резко нарушена эмоционально-волевая сфера, проявляются характерное недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и окружающих людей, расторможенность влечений, склонность к неоправданным аффектам. Среди таких детей встречаются «бегунки», т. е. ученики, которые без видимых причин убегают из школы или школы-интерната, садятся в проходящий транспорт и едут, сами не зная, куда едут и зачем. Коррекционная работа, проводимая с этими детьми, предусматривает в первую

очередь формирование эмоций и воли, выработку поведения, приемлемого для окружающих.

При олигофрении с выраженной недостаточностью лобных отделов коры головного мозга отклонения в познавательной деятельности ребенка сочетаются с изменениями личности по лобному типу и сопровождаются резкими нарушениями моторики. Эти дети вялы, безынициативны, беспомощны. Их речь бессодержательна, многословна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленной деятельности, активности. Они слабо учитывают ситуацию. Эти школьники не любят труд, стремятся избежать выполнения простых бытовых обязанностей, а тем более работы в мастерских. Их развитие осуществляется замедленно. Однако они, несомненно, продвигаются и к концу школьного обучения становятся способными к элементарным видам труда. Количество таких детей невелико, но оно имеет тенденцию к увеличению.

Наиболее распространенной в отечественной психиатрии является классификация олигофрении, предложенная **Г. Е. Сухаревой** (1965, 1972), в основу которой положены критерии времени поражения и качества патогенного воздействия.

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

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

I. Олигофрения эндогенной природы (в связи с поражением генеративных клеток родителей):

а) болезнь Дауна; б) истинная микроцефалия; в) энзимопатические формы с наследственными нарушениями различных видов обмена, включая фенилпировиноградную олигофрению, олигофрению, связанную с галактоземией, сахарозурией, и другие энзимопатические формы; г) клинические формы, характеризующиеся сочетанием слабоумия с нарушением развития костной системы и кожи (дизостозическая олигофрения, ксеродермическая олигофрения).

II. Олигофрения эмбрио - и фетопатической природы, обусловленная:

а) коревой краснухой, перенесенной матерью во время беременности (рубеолярная эмбриопатия); б) другими вирусами (грипп, паротит, инфекционный гепатит, цитомегалия); в) токсоплазмозом и листериозом; г) врожденным сифилисом; д) гормональными нарушениями матери и токсическими факторами (экзо - и эндотоксическими агентами); е) гемолитической болезнью новорожденных.

III. Олигофрения, возникшая в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве:

а) родовой травмой и асфиксией; б) черепно-мозговой травмой в постнатальном периоде (раннем детстве); в) перенесенными в раннем детстве энцефалитом, менингоэнцефалитом и менингитом.

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

Особенности развития ребенка с нарушениями интеллекта в младенческом и раннем возрасте

Младенчество (от 2-х месяцев до 1-го года). Развитие ребенка с нарушениями интеллекта с первых дней жизни отличается от нормы. У многих детей задерживается появление прямохождения, т. е. они значительно позднее начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить.

У всех детей с нарушениями интеллекта отсутствует характерное для здорового ребенка неудержимое стремление познать окружающий мир, снижена реакция на внешние раздражители, отмечается безразличие, общая паталогическая инертность (что

не исключает крикливости, беспокойства, раздражительности и т. д.). У них не возникает потребности в эмоциональном общении со взрослыми, отсутствует «комплекс оживления».

В дальнейшем у детей с нарушениями интеллекта не появляется интереса к игрушкам, подвешенным над кроваткой или находящимся в руках у взрослого. Нарушение эмоционального контакта со взрослыми сказывается на характере первых действий с предметами — хватании и на развитии восприятия, тесно связанного в этот период с хватанием. У этих детей не формируются своевременно предпосылки развития речи. Сензитивный период формирования многих физических возможностей и психических процессов упущен.

Ранний возраст (от 1 года до 3 лет). Важнейшими достижениями раннего возраста при нормальном развитии является овладение ходьбой (прямохождением), развитие предметной деятельности и развитие речи.

Овладение ходьбой и развитие предметных действий. Подлинного ознакомления с предметным миром у этих детей не происходит. У многих из них с овладением ходьбой появляется «полевое поведение», которое можно принять за интерес к окружающему предметному миру: дети хватают в руки все, что попадает в их поле зрения, но тотчас же оставляют эти предметы, не проявляя интереса ни к их свойствам, ни к назначению. Многие из них бросают и те предметы, которые взрослый вкладывает им в руки.

Развитие предметной деятельности. На основе овладения предметными действиями у детей в норме на втором году жизни возникает, а на третьем становится ведущей предметная деятельность. Как и всякая ведущая деятельность, она способствует психическому развитию ребенка в целом — развитию моторики, восприятия, мышления, речи.

У детей раннего возраста с нарушениями интеллекта предметная деятельность не формируется. Некоторые из них не проявляют интереса к предметам, в том числе к игрушкам. В других случаях у детей третьего года жизни появляются манипуляции с предметами, иногда напоминающие специфическое его использование, но в действительности ребенок, производя эти действия, совсем не учитывает свойства и назначения предметов. Наличие неадекватных действий — характерная черта ребенка с нарушениями интеллекта.

Таким образом, отсутствие целенаправленной деятельности, вербальное (словесное) обозначение цели при отсутствии ее достижения, равнодушие к результату

своего труда, неадекватные действия все это черты, характерные для деятельности ребенка раннего возраста с нарушениями интеллекта. Не формируются самостоятельно и другие виды детской деятельности — игра, рисование, зачатки трудовой деятельности, которые при нормальном интеллекте развиваются к концу третьего года жизни.

В тоже время у некоторых детей с нарушениями интеллекта появляются желания «сотрудничать» со взрослым, выполнять его требования, а также попытки подражания, которые в дальнейшем могут стать основой для возникновения более осмысленных действий с предметами.

Развитие речи и общения. У детей с нарушениями интеллекта раннего возраста отсутствуют необходимые предпосылки, для формирования речи: действия с предметами, эмоциональное общение со взрослым, готовность артикуляционного аппарата и фонематического слуха. У большинства детей с нарушениями интеллекта первые слова в активной речи появляются после двух лет. Фраза до трех лет, как правило, не появляется.

Главное заключается в том, что речь ребенка раннего возраста с нарушениями интеллекта не может служить ни средством общения, ни средством передачи ребенку общественного опыта. Она также не может принять на себя функцию регуляции сто действий.

В то же время тенденции развития ребенка с нарушениями интеллекта те же, что и нормально развивающегося.

Некоторые нарушения — отставание в овладении предметными действиями, отставание и отклонение в развитии речи и познавательных процессов — в значительной мере носят вторичный характер. При правильной организации жизни, возможно более раннем начале специального обучения, многие дефекты развития могут быть скорректированы и даже предупреждены.

Особенности познавательной деятельности детей с нарушениями интеллекта

Развитие познания. Для детей с нарушениями интеллекта дошкольный возраст оказывается лишь началом развития перцептивного действия. На основе появившегося у ребенка интереса к предметам, к игрушкам начинается ознакомление с их свойствами и отношениями. Дети могут уже делать выбор по образцу (по цвету, форме, величине). У отдельных детей имеется также продвижение в развитии целостного восприятия. К концу дошкольного возраста лишь немногим более половины умственно отсталых детей

достигают уровня развития восприятия, с которого дети в норме начинают дошкольный возраст. Перцептивная ориентировка возникает у них на основе усвоения отдельных эталонов, которому способствует усвоение слов, обозначающих свойства и отношения. В ряде случаев выбор по слову оказывается у детей с нарушениями интеллекта лучше, чем выбор по образцу, так как слово выделяет для ребенка подлежащее восприятию свойство.

Развитие восприятия детей с нарушениями интеллекта имеет значительные отличия от развития детей с нормальным интеллектом. Овладев выбором по образцу на основе зрительной ориентировки, дети, однако, не могут осуществить выбор из большого количества элементов, затрудняются при различении близких свойств, не могут учитывать эти свойства в действиях с дидактическими игрушками. Не достигаются без специального обучения возможность обобщения по выделенным признакам, умение выстроить по определенному признаку ряд предметов, найти место предмета в этом ряду.

Весьма страдает формирование целостного образа. Хотя дети с нарушениями интеллекта осуществляют выбор по образцу, т. е. пользуются зрительной ориентировкой, они не используют поисковые способы (примеривание, пробы). Подлинные пробы отсутствуют в действиях ребенка, также, как и «примеривание», имеются лишь внешне сходные с ними формальные действия, что объясняется отсутствием ориентировочно-исследовательской деятельности детей с нарушениями интеллекта.

У детей-олигофренов развитие восприятия происходит неравномерно, усвоенные эталоны зачастую оказываются нестойкими, расплывчатыми, отсутствует перенос усвоенного способа действия с одной ситуации на другую.

Развитие мышления. У детей с нарушениями интеллекта наглядно-действенное мышление характеризуется отставанием в темпе развития. Не всем детям к концу дошкольного периода оказывается доступным выполнение даже таких практических задач, в которых действие, выполненное рукой или орудием, прямо направлено на достижение практического результата, т. е. на перемещение предмета, его использование или изменения.

Дети с нарушениями интеллекта очень часто не осознают наличие проблемной ситуации, а в тех случаях, когда понимание в целом есть, не связывают поиски решения с необходимостью использования вспомогательных средств.

У детей с нарушениями интеллекта отсутствует активный поиск решения, они часто остаются равнодушными как к результату, так и к процессу решения задачи даже в тех случаях, когда задача выступает как игровая. У тех детей, которые пытаются выполнить задание, как правило, имеется лишь ориентировка на цель без учета условий ее достижения.

Дети дошкольного возраста с нарушениями интеллекта, в отличие от нормально развивающихся сверстников, не умеют ориентироваться в пространстве, не используют прошлый опыт, не могут оценить свойства объекта и отношение между объектами, испытывают ряд трудностей моторного характера. В связи с тем, что оценка свойств орудия у детей с нарушениями интеллекта очень затруднена, они не отбрасывают ошибочные варианты и повторяют одни и те же непродуктивные действия. Фактически у них отсутствуют подлинные пробы.

Особо следует отметить, что, в отличие от детей в норме, у детей изучаемой категории изменения, которые происходят с возрастом в развитии наглядно-действенного мышления, без коррекционного обучения незначительны.

До конца дошкольного возраста у них фактически отсутствует возможность решения наглядно-образных задач. Безусловно, страдает у этих детей и становление элементов словесно-логического мышления, они развиваются замедленно и имеют качественное своеобразие.

Развитие речи. У детей с нарушениями интеллекта развитие речи существенно отличается от нормы. Отставание в развитии речи начинается у них с младенчества и продолжает накапливаться в раннем детстве. Соответственно, к дошкольному возрасту у них нет готовности к ее усвоению.

Не сформированы такие предпосылки речевого развития, как предметная деятельность, интерес к окружающему, развитие эмоционально-волевой сферы, в частности эмоционального общения со взрослыми, не сформирован фонематический слух, не развит артикуляционный аппарат.

Многие дети с нарушениями интеллекта не начинают говорить не только к началу дошкольного возраста, но и к 4—5 годам. С точки зрения развития речи дети с нарушениями интеллекта представляют собой весьма неоднородную категорию. Среди них имеются дети, совсем не владеющие речью; дети, владеющие небольшим объемом слов и простых фраз; дети с формально хорошо развитой речью. Но всех их объединяет

ограниченное понимание обращенной речи, привязанность к ситуации, с одной стороны, и оторванность речи от деятельности — с другой. Речь не отражает истинных интеллектуальных возможностей ребенка, не может служить полноценным источником передачи ему знаний и сведений.

Фразовая речь отличается большим количеством фонетических и грамматических искажений. Овладение грамматическим строем речи на протяжении дошкольного возраста, как правило, не происходит. Особенно страдает связная речь. Одной из характерных особенностей оказывается при этом стойкое нарушение согласования числительных с существительными.

У детей с нарушениями интеллекта длительно сохраняется ситуативное значение слова. Семантическая нагрузка слова у этих детей много меньше, чем у детей в норме того же возраста.

Ситуативное значение слова, недостаточная грамматическая оформленность речи, нарушение фонематического слуха и замедленность восприятия приводят к тому, что речь взрослого либо часто совсем не понимается ребенком с нарушениями интеллекта, либо понимается неточно и даже искаженно.

Без специального обучения у детей с нарушениями интеллекта не развивается возможность регулировать деятельность с помощью собственной речи: наблюдается в отдельных случаях сопровождающая речь, но совсем не возникает фиксирующая и планирующая. Сопровождающая речь часто производит впечатление неотнесенной, в ряде случаев наблюдается эхолаличная речь.

Речь у детей с нарушениями интеллекта настолько слабо развита, что не может осуществлять функцию общения. Недоразвитие коммуникативной функции речи не компенсируется и другими средствами общения, в частности мимико-жестикуляторными; амимичное (лишенное мимики) лицо, плохое понимание жеста, употребление лишь примитивных стандартных жестов отличают детей с нарушениями интеллекта от безречевых детей и от детей с другими нарушениями (с нарушениями слуха, с моторной алалией). В результате к школьному возрасту необученные дети с нарушениями интеллекта приходят с существенным речевым недоразвитием.

Особенности развития деятельности детей с нарушениями интеллекта

В дошкольном возрасте у ребенка в норме развиваются: игровая, изобразительная, конструктивная, элементы трудовой деятельности. К концу дошкольного возраста начинают складываться и элементы учебной деятельности.

Особенности развития игры у ребенка с нарушениями интеллекта. Развитие игры в младшем дошкольном возрасте является прямым продолжением предметной деятельности, может возникнуть только на ее основе, на определенном уровне ее развития. В то же время к началу дошкольного возраста у детей с нарушениями интеллекта фактически совсем не возникает предметная деятельность. Их действия с предметами остаются на уровне манипуляций, в подавляющем большинстве случаев неспецифических. Интерес детей к предметам, в частности к игрушкам, оказывается кратковременным, так как вызван их внешним видом.

Наряду с неспецифическими манипуляциями у детей четвертого года жизни наблюдается большое количество неадекватных действий с предметами. Количество их резко убывает лишь на шестом году, уступая место специфическим манипуляциям, ведущим к ознакомлению со свойствами и отношениями объектов.

После пяти лет в игре с игрушками у детей с нарушениями интеллекта все большее место начинают занимать процессуальные действия, но подлинной игры не возникает. Без специального обучения ведущей деятельностью ребенка с нарушениями интеллекта к концу дошкольного возраста оказывается не игровая, а предметная. В игре наблюдается стереотипность, формальность действий, отсутствует замысел, нет даже элементов сюжета. Дети не используют предметы-заместители, тем более они не могут замещать действия с реальными предметами, изображением действий или речью.

Развитие продуктивной деятельности у детей с нарушениями интеллекта. Продуктивная деятельность у этих детей вне обучения фактически не возникает. У них не появляются конструктивные умения, не возникает предметный рисунок.

При обучении без учета особенностей развития этой категории детей предметные рисунки появляются, но они, с одной стороны, примитивны, фрагментарны, не передают целостных образов предмета, искажают их форму и пропорции, с другой — представляют собой усвоенный ребенком графический штамп, не отражающий для него реальный предмет. В связи с недоразвитием зрительно-двигательной координации и с моторными трудностями, техника изобразительной деятельности остается у детей с нарушениями интеллекта весьма примитивной. Особенно показательным является тот

факт, что, умеющие рисовать, дети не используют в своих рисунках цвет ни как средство изображения, ни как средство эмоциональной выразительности.

Развитие элементов трудовой деятельности у детей с нарушениями интеллекта. Под влиянием требований окружающих начинают формироваться, прежде всего, навыки самообслуживания.

Естественно, что при существующем у них состоянии развития предметных действий это процесс трудный. Поэтому в семье часто идут по линии наименьшего сопротивления — родители одевают, раздевают, кормят ребенка.

Движения у детей при выполнении действий, связанных с самообслуживанием, неуверенные, нечеткие, часто замедленные или суетливые, недостаточно целенаправленные. Сильно выражена несогласованность действий обеих рук. В ряде случаев даже у старших дошкольников нет понимания последовательности и логики всех действий, входящих в навык.

Некоторые дети, к которым предъявлялись последовательные требования, овладевают навыками самообслуживания, свидетельствует о достаточных потенциальных возможностях развития практической деятельности у детей с нарушениями интеллекта.

Особенности формирования предпосылок к развитию личности ребенка с нарушениями интеллекта

У ребенка с нарушениями интеллекта в раннем детстве не складываются те предпосылки к развитию личности, которые обеспечивают формирование личности у нормально развивающегося дошкольника. Личность ребенка с нарушениями интеллекта формируется с большими отклонениями как в сроках и темпах развития, так и по содержанию. Складывается иное соотношение разных сторон личностного развития ребенка.

К началу дошкольного возраста, у детей с нарушениями интеллекта личностные проявления не появляются. Их поведение, как правило, оказывается произвольным, «полевым». Хотя ребенок и пытается ориентироваться на взрослого, он не может в ходе общения усвоить нормы поведения и понять их смысл. Такое усвоение не может также происходить в ходе деятельности, так как у него к началу дошкольного возраста практически нет деятельности.

В то же время после 4 лет, когда у детей с нарушениями интеллекта начинает развиваться интерес к окружающему, формируются действия с предметами, появляется желание подчиняться взрослому, можно наблюдать у них и возникновение первых проявлений самосознания, отделения своего «Я», которое находит выражение в негативных реакциях на замечания, порицания, на неудачу. Систематические переживания неуспеха ведут к формированию патологических черт личности — к отказу от всякой деятельности, пассивности, замкнутости или заискиванию. У них появляются угодливость, негативизм, озлобленность.

Совсем по-иному, чем в норме, складывается у детей с нарушениями интеллекта общение как со взрослым, так и с коллективом сверстников. Отсутствие средств общения, речевых и неречевых, непонимание ситуации, отображаемой в игре, ведут к тому, что дети с нарушениями интеллекта в большинстве случаев оказываются отверженными во дворе, в общеобразовательном дошкольном учреждении. Желание самоутвердиться в такой ситуации, характерное для дошкольников, приобретает патологические формы — дети становятся агрессивными. Такое поведение может представлять собой и своеобразные, искаженные формы общения.

В элементарной деятельности необученных детей с нарушениями интеллекта наблюдается лишь самые примитивные мотивы — интерес к внешнему виду игрушки, подчинение требованию взрослого, в редких случаях — интерес к процессу деятельности. Познавательные мотивы снижены.

Существенных изменений в характере мотивов у детей с нарушением интеллекта без целенаправленной коррекционной работы не отмечается до конца дошкольного возраста. Не происходит вне обучения и существенных изменений в состоянии эмоционально-волевой сферы. У них наблюдаются трудности в регуляции поведения, не возникает потребность в произвольном управлении поведением.

1.6. Психология детей с задержкой психического развития.

Предмет и задачи психологии детей со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии

Психология детей со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (задержкой психического развития) — одно из направлений специальной психологии, занимающееся изучением своеобразия психического развития детей с легкими нарушениями развития, имеющими характер дисфункций и легких повреждений. В центре внимания данного направления – выявление специфических черт, присущих онтогенезу детей данной категории, определение как характерных для них недостатков, так и ресурсов развития, обуславливающих компенсаторные возможности ребенка.

К задачам первостепенной важности психологии детей со слабовыраженными отклонениями можно отнести следующие:

- разработка принципов и методов раннего выявления слабовыраженных отклонений;
- вопросы дифференциальной диагностики, разработка принципов и методов психологической коррекции;
- разработка психологических основ концепции предупреждения и устранения дисбаланса между процессами обучения и развития и индивидуальными возможностями детей данной категории.

Проблема слабовыраженных отклонений в психическом развитии возникла и приобрела особое значение как в зарубежной, так и в отечественной науке лишь в середине XX в., когда вследствие бурного развития различных областей науки и техники и усложнения программ общеобразовательных школ появилось большое число детей, испытывающих трудности в обучении. Педагоги и психологи придавали большое значение анализу причин этой неуспеваемости. Достаточно часто она объяснялась умственной отсталостью, что сопровождалось направлением таких детей во вспомогательные школы, которые появились в России в 1 гг.

Однако при клиническом обследовании все чаще у многих из детей, которые плохо усваивали программу общеобразовательной школы, не удавалось обнаружить специфических особенностей, присущих умственной отсталости. В 50-60-х гг. эта проблема приобрела особую значимость, в результате чего под руководством М. С. Певзнер, ученицы Л. С. Выготского, специалиста в области клиники умственной

отсталости, было начато разностороннее исследование причин неуспеваемости. Резкое увеличение неуспеваемости на фоне усложнения программ обучения заставило ее предположить существование каких-то форм психической недостаточности, проявляющихся в условиях повышенных учебных требований. Комплексное клинико-психолого-педагогическое обследование стойко неуспевающих учеников из школ различных регионов страны и анализ огромного массива данных лег в основу сформулированных представлений о детях с *задержкой психического развития (ЗПР)*.

Так появилась новая категория аномальных детей, не подлежащих направлению во вспомогательную школу и составляющих значительную часть (около 50 %) неуспевающих учеников общеобразовательной системы обучения. Работа М. С. Певзнер «Дети с отклонениями в развитии: отграничение олигофрении от сходных состояний» (1966) и книга «Учителю о детях с отклонениями в развитии», написанная совместно с Т. А. Власовой (1967), являются первыми в ряду психолого-педагогических публикаций, посвященных изучению и коррекции ЗПР.

Таким образом, проведение комплекса исследований этой аномалии развития, начатое в НИИ дефектологии АПН СССР в 1960-х гг. под руководством Т. А. Власовой и М. С. Певзнер, было продиктовано насущными потребностями жизни: с одной стороны, необходимостью установления причин неуспеваемости в массовых школах и поисков способов борьбы с нею, с другой – потребностью дальнейшей дифференциации умственной отсталости и других клинических нарушений познавательной деятельности.

Комплексные психолого-педагогические исследования детей с диагностированной ЗПР в течение последующих 15 лет позволили накопить большое количество данных, характеризующих своеобразие психического развития детей данной категории. По всем изучаемым показателям психосоциального развития дети данной категории качественно отличаются от других дизонтогенетических расстройств, с одной стороны, и от «нормального» развития – с другой, занимая по уровню психического развития промежуточное положение между умственно отсталыми и нормально развивающимися сверстниками. Так, по уровню интеллектуального развития, диагностируемого с помощью теста Векслера, дети с ЗПР часто оказываются в зоне так называемой пограничной умственной отсталости (IQ от 70 до 90 условных единиц). По Международной классификации ЗПР определяется как «общее расстройство психологического развития» (F84).

В зарубежной литературе дети с ЗПР рассматриваются либо с чисто педагогических позиций и обычно описываются как дети с трудностями в обучении, либо определяются как неприспособленные, преимущественно вследствие неблагоприятных условий жизни, педагогически запущенные, подвергнувшиеся социальной и культурной депривации. К этой группе детей относят также детей с нарушением поведения. Другие авторы, согласно представлениям о том, что отставание в развитии, проявляющееся в трудностях обучения, связано с резидуальными (остаточными) органическими повреждениями мозга, детей данной категории называют детьми с минимальными мозговыми повреждениями или детьми с минимальной (легкой) мозговой дисфункцией. Для описания детей со специфическими парциальными трудностями в обучении широко используется термин «дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью» – синдром СДВГ.

К детям с задержкой психического развития относятся дети, не имеющие выраженных отклонений в развитии (умственной отсталости, тяжелого речевого недоразвития, выраженных первичных недостатков в функционировании отдельных анализаторных систем – слуха, зрения, двигательной системы).

Дети данной категории испытывают трудности адаптации, в том числе школьной, вследствие различных биосоциальных причин (остаточных явлений легких повреждений центральной нервной системы или ее функциональной незрелости, соматической ослабленности, церебрастенических состояний, незрелости эмоционально-волевой сферы по типу психофизического инфантилизма, а также педагогической запущенности в результате неблагоприятных социально-педагогических условий на ранних этапах онтогенеза ребенка).

Трудности, которые испытывают дети с ЗПР, могут быть обусловлены недостатками как в регуляционном компоненте психической деятельности (недостаточностью внимания, незрелостью мотивационной сферы, общей познавательной пассивностью и сниженным самоконтролем), так и в ее операциональном компоненте (сниженным уровнем развития отдельных психических процессов, моторными нарушениями, нарушениями работоспособности). Перечисленные выше характеристики не препятствуют освоению детьми общеобразовательных программ развития, но обуславливают необходимость определенной их адаптации к психофизическим особенностям ребенка.

При своевременном оказании системы коррекционно-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи возможно частичное, а иногда и полное преодоление данного отклонения в развитии.

Исторические аспекты отечественного и зарубежного опыта в исследовании задержки психического развития у детей

С начала XX в. актуальной проблемой стало изучение детей, временно отстающих в психическом развитии и испытывающих затруднения в школьном обучении.

На первом этапе исследований были описаны формы нарушенного развития, в которых гармонически сочетались психический и физический инфантилизм. В группе неуспевающих школьников были выделены «субнормальные ученики» со «смягченными формами» умственного отставания, трактовки которого были различны. Л. Фаирфилд (L. Fairfield) описал группу неуспевающих детей с наследственно обусловленным запоздалым развитием, И. Н. Борисов – «группу детей слабоодаренных с пониженным общим развитием», которых он отграничивал от педагогически запущенных и умственно отсталых учащихся, Н. И. Озерецкий (1938) выделил группу детей с «замедленным темпом развития», подчеркнув качественное отличие структуры этого нарушения от нарушения интеллекта при умственной отсталости.

С середины XX в. в многочисленных исследованиях зарубежных авторов К. Барта, Л. Бендера, К. Деламота стали встречаться описания клинико-психологических особенностей детей, имеющих недостаточные способности к обучению.

В их работах подчеркивалась различная степень выраженности трудностей в формировании у школьников учебных навыков на уроках письма и математики. Отмечалось, что дети могут достигать различного уровня психического развития и поэтому их успешность в обучении будет отличаться существенной вариабельностью. Причины затруднений в усвоении школьной программы рассматриваются различными авторами с учетом биологических или социальных факторов.

Ряд исследователей (Ф. Стокерт, К. Этлингер, Л. Тарнополь) показали, что наблюдаемые у детей изменения в развитии психических функций могут протекать на фоне недостатков абстрактно-логического мышления. Другие, напротив, отмечали, что у этих учеников имеется сохранный вербальный интеллект (Х. Муклебаст, А. Бентон).

Путем количественной оценки интеллекта была выделена группа детей, занимающая промежуточное положение между нормой и легкой умственной

отсталостью. Исследователи отмечали у них временный характер задержки психического развития (М. Трамер, А. Драйв) и положительное воздействие своевременно оказываемой педагогической помощи.

В концепции А. Штрауса и Л. Летинена отставания в психическом развитии и трудности в овладении школьными навыками трактуются как результат незначительно выраженных органических повреждений мозга на ранних этапах онтогенеза ребенка. Эти авторы называли таких детей «детьми с минимальными повреждениями мозга».

Позднее Р. С. Пэйн вводит понятие минимальной дисфункции мозга, которое включает в причины отставания в развитии не только органические, но и функциональные нарушения мозга.

Впоследствии в работах разных авторов высказывалось критическое мнение о корректности использования термина «минимальная мозговая дисфункция» при описании клинических вариантов школьной неуспеваемости, так как он в большей степени отражает количественную характеристику отставания в психическом развитии и не содержит дифференциации по этиологии и патогенезу (К. С. Лебединская).

При изучении детей с трудностями в обучении велись поиски термина для обозначения выявленного отставания в интеллектуальном развитии, обуславливающего проблемы в обучении. Одним из таких терминов стал термин «инфантилизм», который был предложен еще в XIX в. Ласэгом (Lasegne) для характеристики особой формы отставания в психическом развитии, «возникающей под влиянием инфекций и интоксикаций». С начала 1960-х гг. в целом ряде работ предпринимались попытки выделить и описать «неспособность к школьному обучению» как самостоятельную нозологическую единицу. В нашей стране этот феномен изучался в основном в клинических исследованиях. По их результатам была выдвинута гипотеза, согласно которой трудности в обучении связывались с формами психического и психофизического инфантилизма, церебрастеническими состояниями, при врожденных нарушениях зрения, слуха, речи, детских церебральных параличах.

Ряд клинических вариантов инфантилизма в контексте школьной неуспеваемости был описан в 1966 г. М. С. Певзнер. Были также рассмотрены вопросы этиологии и патогенеза разных форм отставания в темпе психического развития, среди которых особое значение придавалось роли остаточных явлений органического поражения центральной нервной системы. К настоящему времени специальная психология

располагает большим количеством исследований, посвященных изучению специфических и неспецифических особенностей психической деятельности детей с трудностями в обучении (задержкой психического развития). При этом они представляют собой сборную группу различных по этиологии, патогенезу и клинико-психологическим характеристикам состояний, формально объединяемых диапазоном IQ от 75 до 95.

Начиная с 1960-х гг. множество клинических работ в России посвящается задержке психического развития. Систематическому и всестороннему изучению причин и механизмов «отставания» от возрастной нормы у детей способствовали исследования высших корковых функций, в которых показано наличие их дефицитности. Отмечается, что при церебральной астении психопатоподобные нарушения, психомоторная расторможенность ведут к утяжелению недостаточности в познавательной деятельности (Ю. Г. Демьянов, О. С. Никольская, И. Ф. Марковская, В. В. Лебединский). В исследованиях Е. С. Иванова патогенетическая роль в возникновении отставания в темпе психического развития отводится астении. Нарушение высших корковых функций при наличии церебрально-органической патологии объясняется И. Ф. Марковской, в частности, слабостью психического тонуса.

При клиническом изучении детей с задержкой психического развития в анамнезе указывается на наличие негрубой органической патологии нервной системы. Из ряда причин, приводящих к отставанию в психическом развитии, разными авторами отмечаются: патология внутриутробного развития (тяжелые токсикозы беременности, инфекции, интоксикации, травмы), недоношенность, асфиксия и травмы при родах, инфекционные заболевания или заболевания, сопровождающиеся нарушением питания (диспепсия, грипп, дизентерия, ревматизм). Имеются указания на роль наследственной отягощенности в психологическом отношении у детей с задержкой психического развития: алкоголизм родителей, умственная отсталость у ближайших родственников, шизофрения, генетические пороки развития и другие психические заболевания.

Анализ анамнестических данных детей с задержкой психического развития показал, что на долю патологии беременности, родов и заболеваний первого года жизни приходится 67,3%. Исследователи отмечают патологию внутриутробного развития у 70% детей и у 30% — последствия родовых травм и травм первого года жизни, на долю

стрессов во время беременности приходится 14%. Имеются указания на задержку психического развития генетической этиологии.

При исследовании соматического состояния детей с задержкой психического развития (Лебединский В. В., 2003) отмечают общее отставание в моторике, особенно тонких двигательных актов, признаки дисплазии. При неврологическом обследовании наблюдаются различные изменения: расстройства центральной и вегетативной нервной системы, нарушения черепно-мозговой иннервации, вегетососудистые нарушения, нарушения терморегуляции, расстройства сна. У 75% школьников с задержкой психического развития церебрально-органического генеза выявлена легкая асимметрия лица, неловкость при движениях языком, небольшие нарушения координации и т. д.

Стойкие трудности в обучении детей с задержкой психического развития, как правило, имеют в своей основе самые различные причины, включая органическое поражение ЦНС. При определенных нарушениях познавательной деятельности у учащихся отмечается не тотальное, а парциальное нарушение интеллектуального развития.

Таким образом, клинические исследования позволили целенаправленно разрабатывать научные подходы к систематике задержки психического развития у детей.

В психолого-педагогических исследованиях при изучении различных сторон познавательной деятельности учащихся с задержкой психического развития отмечается не недостаточность отвлеченного мышления как такового, а дефицитарность «предпосылок» интеллекта.

Проведены различные исследования отдельных психических функций, особенностей формирования знаний, умений и навыков у старших дошкольников и младших школьников с задержкой психического развития. В работах Г. Шпиля (Spiel) и его сотрудников анализировались причины, приводящие к возникновению у детей значительных трудностей в обучении. По их мнению, в основе имеющихся школьных проблем находится целый ряд неблагоприятных социальных факторов. Сочетание биологических и социальных факторов риска могут привести даже к возникновению легкой умственной отсталости.

Произвольное внимание является очень важным фактором для успешного обучения детей в школе. Среди характеристик зрительного и слухового внимания

учащихся с задержкой психического развития указываются неустойчивость, повышенная отвлекаемость, недостатки переключения и распределения.

Изучение особенностей восприятия у детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза показало, что у них процесс приема и переработки сенсорной информации протекает замедленно и характеризуется меньшей скоростью реакции в условиях выбора по сравнению с нормально развивающимися сверстниками (Л. И. Переслени).

Экспериментально-психологические исследования памяти (Т. В. Егорова, И. Ю. Кулагина, Т. Д. Пускаева, В. Л. Подобед) позволили выявить, что у детей с задержкой психического развития в большей мере страдает смысловая, логическая память, чем механическая. Отмечается заметное снижение продуктивности произвольной памяти. Это объясняется недостаточной целенаправленностью их мнестической деятельности, неумением применять рациональные способы запоминания, несформированностью процессов самоконтроля. При группировке материала по каким-либо формальным признакам установлено, что эффективность запоминания информации хуже, чем при запоминании путем механического заучивания.

У учащихся с задержкой психического развития церебрально-органического генеза имеет место снижение всех показателей произвольной памяти, необходимых для данного вида запоминания. Указывается на недостаточную эффективность у них произвольного запоминания информации по сравнению с нормой и на увеличение его показателей в эмоционально насыщенных игровых ситуациях.

В работах по исследованию мыслительной деятельности детей с задержкой психического развития обращается внимание на недостаточный уровень сформированности основных мыслительных операций: анализа, синтеза, сравнения, обобщения, классификации, абстрагирования, причем оказалась заметной их большая продуктивность на предметном и наглядно-образном уровне по сравнению с вербальным.

Установлено отставание детей дошкольного и младшего школьного возраста от возрастной нормы в развитии логического мышления, выявлены особенности его развития в разных социальных и психолого-педагогических условиях. Показаны большие потенциальные возможности в формировании умения логических доказательств у детей с задержкой психического развития в младшем школьном возрасте.

В исследованиях встречаются указания на преобладание игровых интересов у первоклассников с задержкой психического развития. Отмечается, что в оценочной ситуации у них часто возникает состояние тревожности. На характер эмоциональных реакций оказывают опосредованное влияние такие личностные образования, как самооценка и доминирующие мотивы учения. Несостоятельность школьников при усвоении школьной программы приводит к различным негативным реакциям, возникновению у них чувства неполноценности и быстрому снижению уровня самооценки.

В специальной психологии изучается проблема общения детей с задержкой психического развития. В шесть лет эти дети не только значительно отстают в развитии разных форм общения, но у них выявлено также качественное своеобразие формирования коммуникативной деятельности. У 80,6% старших дошкольников общение имеет ситуативно-деловую форму. Только 19,4% из них показывают определенные возможности в овладении внеситуативно-познавательной формой общения. Внеситуативно-личностная форма общения, которой дети с нормальным развитием овладевают к 5-7 годам, оказывается недоступной их ровесникам с задержкой психического развития.

Обнаружено отставание в формировании межличностных отношений школьников с задержкой психического развития с родителями, учителями, сверстниками. Отрицательное значение для развития коммуникативных способностей имеет воспитание ребенка с задержкой психического развития в неполной дисгармоничной семье, а также негативная социальная практика общения, приобретаемая в образовательном учреждении.

Таким образом, анализ клинико-физиологических и психолого-педагогических исследований показывает, что уже в начале XX в. была выделена особая группа детей с трудностями в процессе обучения. Установлена неоднородность данной категории учащихся, и предприняты попытки выявить причины имеющегося отставания в развитии. Знание особенностей развития у них отдельных психических функций, познавательной деятельности, речи и эмоционально-личностной сферы необходимо для разработки методов и диагностических методик с целью выявления потенциальных возможностей обучаемости этих детей и построения индивидуальных программ по коррекции и развитию.

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению количества детей с трудностями в обучении различного генеза. Например, в 1950-е гг. среди неуспевающих учащихся общеобразовательных школ их выделяли до 10%, а по последним данным большинства авторов, это количество увеличилось до 60%. В современных исследованиях разрабатываются критерии для дифференциальной диагностики различных форм задержки психического развития и вариантов школьной неуспеваемости.

Изучение специфики психологических характеристик трудностей в обучении у детей направлено на индивидуализацию форм и содержания коррекционной помощи школьникам в системе психолого-педагогического и медико-социального сопровождения.

Причины возникновения задержки психического развития

Задержка психического развития (ЗПР) – это такое нарушение нормального темпа психического развития, при котором ребенок, достигший школьного возраста, продолжает оставаться в кругу дошкольных, игровых интересов. Понятие «задержка» подчеркивает временной (несоответствие уровня развития возрасту) и вместе с тем временный характер отставания, который с возрастом преодолевается тем успешнее, чем раньше создаются адекватные условия обучения и развития детей данной категории. В психолого-педагогической, а также в медицинской литературе используются другие подходы к рассматриваемой категории учащихся: «дети с пониженной обучаемостью» (У. В. Ульенкова), «отстающие в учении» (Н. А. Менчинская), «нервные дети» (А. И. Захаров). Однако критерии, на основании которых выделяются названные группы, не противоречат пониманию природы задержки психического развития. В соответствии с еще одним социально - педагогическим подходом таких детей называют «дети группы риска» (Г. Ф. Кумарина).

К числу детей с задержкой психического развития относятся такие, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития отмечается:

- низкий уровень познавательной активности;
- незрелость мотивации к учебной деятельности;
- сниженная работоспособность к приему и переработке информации;
- ограниченные фрагментарные знания и представления об окружающем мире;
- недостаточная сформированность умственных операций;

- отставание в речевом развитии при сохранности анализаторов, необходимых для благоприятного становления речи и др.

Дети с задержкой психического развития представляют собой количественно самую большую категорию детей с особыми образовательными потребностями. У части детей задержка психического развития преодолевается в условиях обычной школы, однако, большинство из них нуждаются в специально организованном обучении в соответствии с причинами задержки психического развития, особенностями познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и поведения.

Причинами задержки психического развития детей в большинстве случаев являются:

- минимальные органические повреждения или функциональная недостаточность центральной нервной системы, длительные хронические соматические заболевания, перенесенные в раннем детстве;

- длительная социально-культурная депривация (в частности, пребывание с момента рождения в условиях «дома ребенка» и дошкольного детского дома).

- церебрастенические состояния, а также осложненный (т. е. с признаками органической недостаточности) психофизический и психический инфантилизм.

Эти условия, как и тяжелые соматические заболевания, ведут к возникновению функциональной недостаточности центральной нервной системы. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению количества детей с трудностями в обучении различного генеза (конституционального, соматогенного, психогенного или церебрально-органического происхождения). Например, в 1950-е гг. среди неуспевающих учащихся общеобразовательных школ их выделяли до 10%, а по последним данным большинства авторов, это количество увеличилось до 60%. В современных исследованиях разрабатываются критерии для дифференциальной диагностики различных форм задержки психического развития и вариантов школьной неуспеваемости.

Изучение специфики психологических характеристик трудностей в обучении у детей направлено на индивидуализацию форм и содержания коррекционной помощи школьникам в системе психолого-педагогического и медико-социального сопровождения.

Задержка психического развития и ее отграничение от сходных состояний

Дети с педагогической запущенностью отличаются от детей с задержкой развития. У них нет недостаточности нервной системы, а есть недостаток воспитания. Также у них нет астении, энцефалопатии, инертности психических процессов, нет явлений немотивированной возбудимости, либо тормозимости, нет слабости волевых качеств, импульсивности. Они проявляют гибкость, инициативу, целеустремленность, самостоятельность. Могут обучаться в массовой школе с индивидуальным подходом, что позволит им преодолеть пробелы знаний. Обучение их гораздо продуктивнее, чем детей с задержкой психического развития.

Отграничение детей с задержкой развития от олигофрении. Для олигофрении характерно тотальное поражение психических функций, а для детей с задержкой психического развития – мозаичность (одни психические функции развиты лучше). Обобщение и абстрагирование выше, чем у олигофренов. Нарушение мыслительной деятельности у детей с задержкой психического развития носит вторичный характер, обусловленный незрелостью мотивационной сферы. Более выраженную форму задержки психологического развития церебрально–органического генеза очень трудно отграничить от легкой степени деменции. Но при этом нет такого распада личности и грубой не критичности. У детей с задержкой психического развития наблюдается динамика развития. Эта возможность при деменции ограничена.

Дети с задержкой психического развития застревают на предыдущем этапе развития. Достигнув школьного возраста, они остаются в кругу игровых интересов. Они не могут включиться в школьную деятельность, воспринять школьное задание и выполнить его. Но, в отличие от олигофренов, у них недоразвитие сложных психических функций носит временный характер и полностью преодолевается.

У детей с задержкой психического развития трудности в овладении грамматикой и счетом сочетается с достаточным уровнем познавательной деятельности. Также они способны использовать помощь. Это доказывает, что эти дети обладают полноценными возможностями для дальнейшего развития и они при дальнейшем обучении оказываются вполне успевающими учениками в массовой школе.

1. Задержка психического развития возникает в связи с экзогенными вредностями, которые приводят к нарушению темпа развития. Это подтверждается обратимостью симптомов при проведении коррекционно – воспитательной и лечебной работы. При

олигофрении происходят внутриутробные и ранние послеродовые органические поражения ЦНС, хромосомные, наследственные, приводящие к слабоумию.

2. При задержке психического развития аномалии развития более молодых в эволюционном отношении отделов нервной системы. При олигофрении речь идет о диффузном поражении коры головного мозга.

3. Высшая нервная деятельность при задержке развития отличается от таковой при олигофрении большей силой основных нервных процессов (возбуждение, торможение), большей подвижностью и менее выраженной склонностью процессов возбуждения к широкой иррадиации (распространению).

4. Различия проявляются и в клинической картине.

А). Дети с задержкой психического развития отличаются малым ростом и весом. Они напоминают детей дошкольников. Физическое развитие олигофренов характеризуется диспластичностью черепа.

Б). При неврологическом исследовании также выступают различия. У детей с ЗПР неврологические знаки чаще левосторонние, а может и не быть совсем. У олигофренов у 100% имеется неврологическая симптоматика, чаще справа. Это указывает на большую заинтересованность ведущего левого полушария.

В). Различия в особенностях моторики. У детей с ЗПР движения координированы, четкие за редким исключением. У них недоразвиты лишь наиболее сложные произвольные движения. У олигофренов моторика недоразвита в целом. Движения их плохо координированы, замедленны, неловки, Не умеют выполнять движения по словесной инструкции.

5. Явные различия и в особенностях речевой деятельности. У детей с ЗПР не наблюдается резкого недоразвития речи. А если и есть, то быстро преодолевается. Дети-олигофрены плохо усваивают значение слов, что отрицательно сказывается на развитии фонематического слуха и тем самым затормаживается формирование речи в целом. Развивается косноязычие, дефекты произнесения, бедность словаря, т. к. недостаточно владеют грамматическим строем речи.

6. У детей с ЗПР на первоначальных этапах обучения есть много сходного с олигофренами. Как те, так и другие не понимают школьных требований, не подчиняются правилам школьной жизни, не заинтересованы в школьных занятиях. Но дети с ЗПР

могут быть продуктивными в игровых формах деятельности. Они значительно лучше понимают сказки, рассказы.

7. Наблюдается отчетливая разница при исследовании их познавательной деятельности. У олигофренов недоразвитие познавательной деятельности выявляется при решении любой задачи, которая требует известного уровня развития способностей к отвлечению и обобщению. Дети с ЗПР, оставаясь неуспевающими, могут выполнить ряд заданий, выявляя достаточный уровень развития способностей к отвлечению и обобщению.

8. Дети с ЗПР отличаются от олигофренов двумя особенностями. Трудности в овладении элементарными навыками сочетаются с относительно сохранной познавательной деятельностью. Они всегда обнаруживают способности быстрее и лучше использовать в процессе работы помощь и усваивают принципы решения задачи и переносят их в новые задачи. Это для олигофренов не характерно.

9. Динамика развития детей различна. При правильной организации педагогической работы наблюдается скачок в развитии детей с ЗПР, что характерно для олигофрении. Изучение детей с ЗПР через много лет показывает, что они заканчивают массовую школу, техникум, в отдельных случаях институт.

Проведенный анализ показал, что ведущим симптомом ЗПР является недоразвитие эмоционально – волевой сферы.

Соотношение этого симптома с другими дает основание для выделения 4-х вариантов ЗПР.

1. Недоразвитие эмоционально - волевой сферы с достаточным уровнем развития познавательной деятельности и речевой функции.

2. Недоразвитие эмоционально – волевой и познавательной функций.

3. Недоразвитие познавательной деятельности осложняется нейродинамическими нарушениями.

4. Недоразвитие эмоционально – волевой сферы, познавательной деятельности, речевой функции.

Отличие ЗПР от нормы. С первых шагов обучения в школе дети с задержкой психического развития показывают характерные признаки отличия от основной массы сверстников. Они не принимают школьных требований, малопродуктивны в работе, слабокритичны к себе в учебе и поведении, многие отличаются высокой

импульсивностью или выраженной тормозностью, у них высокая отвлекаемость на уроке, несообразительность, низкая работоспособность, несобранность, небольшая продуктивность памяти, непрочные несистематические знания.

В обычных школах эти дети не овладевают программными требованиями, запас знаний недостаточен для их возраста, избегают активности, нет готовности к волевым усилиям, интеллектуальная пассивность является привычным состоянием. Если провести сравнительный анализ мысленной деятельности детей этих групп, то при проведении экспериментов (дается методика из восьми заданий на обобщение конкретных понятий, на конкретизацию понятий, на классификацию, сравнение, на простейшие дедуктивные умозаключения, на размышления о знакомом предмете) выявляется разница сформированности мыслительной деятельности. Дети с нормой обычно заинтересованы и легко включаются в работу, вслушиваются внимательно в задание, в его повторении не нуждаются, работают сосредоточенно, с ответом не спешат. Они отвечают уверенно, развернуто. Представления о конкретных предметах быта, явлениях общественной жизни, природы обеспечивают им возможность для правильного и самостоятельного выполнения работы, задания.

Для детей с задержкой психического развития характерны другие мыслительные особенности:

1. Мыслительная деятельность (задача, процесс, результат) не вызывают у них положительного эмоционального отношения, они индифферентны;

2. Не располагают необходимым фондом знаний, элементарных житейских понятий. Они абстрагируют внешние, несущественные признаки, делают ситуативные сообщения;

3. Не смотря на то, что они не достигают заданного результата, не испытывают чувства неудовлетворенности, недовольства собой;

4. При нормальном выполнении работы не могут объяснить словами.

Учащиеся массовой школы в основном правильно отвечают на вопросы по возрасту. Ответы их более продуктивны, чем у детей с задержкой психического развития. В своих ответах они используют опыт, знания. Их ответы характеризуются большой глубиной, чем у детей с задержкой развития, что свидетельствует о более высоком уровне их развития. Эти дети больше знают, лучше умеют выразить свои мысли и могут достаточно объективно оценить свою работу. Дети с нормальным развитием с

ответом не спешат, сравнивают рисунок с образцом, могут говорить « мне кажется», « не знаю», при обдумывании задания. Это свидетельствует о сознательном отношении к оценке, о реальном учете своих возможностей. Дети с нормой описывают свои ошибки, а у детей с задержкой психического развития целенаправленность в работе отсутствует, низкий уровень самоконтроля, недостаточное умение правильно оценить свою работу.

Этиопатогенетическая классификация ЗПР К. С. Лебединской

В настоящее время существуют несколько классификаций ЗПР. Т. А. Власовой и М. С. Певзнер была выделена «вторичная» ЗПР, обусловленная нарушением познавательной деятельности и работоспособности в связи со стойкой церебрастенией – повышенной истощенностью психических функций.

М. С. Певзнер и Т. А. Власовой были выделены:

1. ЗПР, связанная с психическим и психофизическим инфантилизмом;
2. ЗПР, обусловленная длительной церебрастенией.

Таким образом, этими учеными заложены основные принципы клинического подхода к пониманию механизмов формирования ЗПР: возможность ее возникновения как за счет замедления созревания эмоционально-волевой сферы, так и за счет нейродинамических расстройств, тормозящих развитие познавательной деятельности.

Разность патогенетических механизмов обуславливает и различие прогноза. ЗПР в виде неосложненного психического инфантилизма расценивалась как прогностически более благоприятная, большей частью не требующая специальных методов обучения.

При преобладании же выраженных нейродинамических и, в первую очередь, стойких церебрастенических расстройств, ЗПР оказывалась более стойкой и нередко нуждающейся не только в психолого-педагогической коррекции, но и в лечебных мероприятиях.

Наиболее распространенной является классификация К. С. Лебединской.

Первая группа – *задержка психического развития конституционального происхождения*. Это гармонический психический и психофизический инфантилизм. Такие дети отличаются уже внешне. Они более субтильны, часто рост у них меньше среднего и личико сохраняет черты более раннего возраста, даже когда они уже становятся школьниками. У этих детей особенно сильно выражено отставание в развитии эмоциональной сферы. Они находятся как бы на более ранней стадии развития по сравнению с хронологическим возрастом. У них наблюдается большая выраженность

эмоциональных проявлений, яркость эмоций и вместе с тем их неустойчивость и лабильность, для них очень характерны легкие переходы от смеха к слезам и наоборот, у детей этим очень выражены игровые интересы, которые преобладают даже в школьном возрасте.

Гармонический инфантилизм – это равномерное проявление инфантилизма во всех сферах. Эмоции отстают в развитии, задержано и речевое развитие, и развитие интеллектуальной и волевой сферы. В некоторых случаях может быть не выражено отставание физическое — наблюдается только психическое, а иногда имеется и психофизическое отставание в целом. Все эти формы объединяются в одну группу. Психофизический инфантилизм иногда имеет наследственную природу. В некоторых семьях отмечается, что и родители в детстве имели соответствующие черты.

Вторая группа – *задержка психического развития соматогенного происхождения*, которая связана с длительными тяжелыми соматическими заболеваниями в раннем возрасте. Это могут быть тяжелые аллергические заболевания (бронхиальная астма, например), заболевания пищеварительной системы. Длительная диспепсия на протяжении первого года жизни неизбежно приводит к отставанию в развитии. Сердечно-сосудистая недостаточность, хроническое воспаление легких, заболевания почек часто встречаются в анамнезе детей с задержкой психического развития соматогенного происхождения.

Ясно, что плохое соматическое состояние не может не отразиться и на развитии центральной нервной системы, задерживает ее созревание. Такие дети месяцами находятся в больницах, что, естественно, создает условия сенсорной депривации и тоже не способствует их развитию.

Третья группа – *задержка психического развития психогенного происхождения*. Надо сказать, что такие случаи фиксируются довольно редко, так же как и задержка психического развития соматогенного происхождения. Должны быть уж очень неблагоприятные условия соматические или микросоциальные, чтобы возникла задержка психического развития этих двух форм. Значительно чаще мы наблюдаем сочетание органической недостаточности центральной нервной системы с соматической ослабленностью или с влиянием неблагоприятных условий семейного воспитания.

Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания, вызывающими нарушение формирования

личности ребенка. Эти условия – безнадзорность, часто сочетающаяся с жестокостью со стороны родителей, либо гиперопека, что тоже является крайне неблагоприятной ситуацией воспитания в раннем детстве. Безнадзорность приводит к психической неустойчивости, импульсивности, взрывчатости и, конечно, безынициативности, к отставанию в интеллектуальном развитии. Гиперопека ведет к формированию искаженной, у таких детей обычно проявляется эгоцентризм, отсутствие самостоятельности в деятельности, недостаточная целенаправленность, неспособность к волевому усилию, эгоизм.

При отсутствии органической или выраженной функциональной недостаточности центральной нервной системы отставание в развитии детей, относящихся к перечисленным трем формам, во многих случаях может быть преодолено в условиях обычной школы (особенно если педагог осуществляет индивидуальный подход к таким детям и оказывает им дифференцированную помощь в соответствии с их особенностями и потребностями).

Последняя, четвертая, группа – самая многочисленная – это *задержка психического развития церебрально-органического генеза*. Причины – различные патологические ситуации беременности и родов: родовые травмы, асфиксии, инфекции во время беременности, интоксикации, а также травмы и заболевания центральной нервной системы в первые месяцы и годы жизни. Особенно опасен период до 2 лет.

Травмы и заболевания центральной нервной системы могут привести к тому, что называется органическим инфантилизмом, в отличие от гармонического и психофизического инфантилизма, причины которого не всегда ясны.

Таким образом, *органический инфантилизм* – это инфантилизм, связанный с органическим повреждением центральной нервной системы, головного мозга. (Надо сказать, что внутри каждой из перечисленных групп детей с задержкой психического развития имеются варианты, различные как по степени выраженности, так и по особенностям индивидуальных проявлений психической деятельности.) В дальнейшем изложении речь пойдет преимущественно об этой форме задержки психического развития, поскольку дети с органической или функциональной недостаточностью мозга нуждаются в особых условиях воспитания и обучения, и именно они составляют основной контингент специальных детских садов (групп), школ и классов для детей с задержкой психического развития.

В формировании ЗПР церебрально-органического генеза значительная роль принадлежит и нарушениям познавательной деятельности, обусловленным недостаточностью памяти, внимания, инертностью психических процессов, их медлительностью и пониженной переключаемостью. У детей с ЗПР церебрально-органического генеза, как правило, наблюдается ряд энцефалопатических расстройств.

1) церебрастенические явления в первую очередь истощаемость цнс. к ним относятся нарушение интеллектуальной работоспособности с падением по мере утомления способности к запоминанию, концентрации внимания, нарастание психической медлительности, эмоционального расстройства с феноменом "раздражительной слабости": ранимостью, тормозимостью, слезливостью, либо раздражительностью, возбудимостью, двигательными расстройствами, моторной расторможенностью.

2) неврозоподобные явления, патогенетически связанные с церебрастенической почвой: тревожность; боязливость; склонность к страху темноты; одиночества, тикозные гиперкинезы – навязчивые движения, связанные с мышечной дистонией; заикание; энурез.

3) синдром психомоторной возбудимости чаще наблюдается у мальчиков: аффективная и общая двигательная расторможенность, отвлекаемость, суетливость.

4) аффективные нарушения появляются в немотивированных колебаниях настроения церебрально-органического регистра.

5) психопатоподобные нарушения: сочетание двигательной расторможенности, фиктивной неустойчивости, снижения интереса к интеллектуальной деятельности с отрицательным отношением к учебе, иногда расторможенностью влечений (склонность к побегам, воровству, лживости, онанизму и т. п.).

6) эпилептиформные нарушения – различные виды судорожных припадков и других нервно-психических пароксизмов.

7) апатико-адинамические расстройства снижение инициативы и побуждений в интеллектуальной деятельности, выраженная эмоциональная вялость и двигательная заторможенность.

В зависимости от преобладания в клинической картине явлений либо эмоционально-волевой незрелости, либо нарушений познавательной деятельности ЗПР церебрального генеза можно условно разделить на два основных варианта:

1. Органический инфантилизм;
2. ЗПР с преобладанием функциональных нарушений познавательной деятельности.

1. Органический инфантилизм, как правило, представляет собой более легкую форму ЗПР церебрально-органического генеза (с преобладанием эцефалопатических расстройств, дефицитностью отдельных корковых и подкорковых функций).

2. Данный вид требует отграничений от олигофрении. Клиническая картина определяется, с одной стороны, тотальностью недоразвития всех психических функций, а с другой – иерархичностью их недостаточности в виде небольшого нарушения высших форм познавательных процессов – способностей к абстрагированию, обобщению, отвлечению, то при ЗПР. наблюдается не тотальность, а чаще парциальность, мозаичность нарушений различных компонентов познавательной деятельности. Эти нарушения познавательной деятельности в основном носят вторичный характер и наиболее часто сочетаются с психической истощаемостью. В то же время потенциальные возможности высших форм мыслительной деятельности – общение, абстрагирование у детей с ЗПР значительно выше, чем при олигофрении. В связи с этим у детей этой категории значительно лучше способность к использованию помощи.

Специфика развития познавательных процессов детей с задержкой психического развития

Для детей с задержкой психического развития характерна сниженная познавательная активность, недостаток восприятия, внимания, памяти. Все это обусловлено несформированностью интегративной деятельности мозга и, прежде всего нескольких сенсорных систем (зрительной, слуховой, осязательной).

Интегративность – взаимодействие различных функциональных систем, является основой психического развития ребенка. В связи с этим дети с задержкой психического развития затрудняются в узнавании непривычно представленных предметов (перевернутые, недорисованные, схематичные, контурные) и им трудно соединить отдельные детали рисунка в единый смысловой образ.

Ощущение и восприятие – процессы непосредственного отражения деятельности. Ощущать и воспринимать можно лишь те свойства внешнего мира, которые непосредственно действуют на анализаторы. Каждый анализатор состоит из двух частей: периферический рецептор, нервы проводника и центр в коре головного мозга. Ребенок учится смотреть и видеть то, что он умеет своими глазами увидеть. Это результат определенного жизненного опыта. Ребенок приучается различать и синтезировать звуки речи, музыки и то, что он слышит, зависит от качества условных связей сформировавшихся до данного момента в коре головного мозга. В первые годы ребенок учится смотреть и видеть, слушать и слышать, ощущать и воспринимать всеми своими анализаторами. Восприятие лица как лица, яблока как яблока предполагает наличие предшествующего опыта. Накопление фонда условных рефлексов лежит в основе восприятия. У нормального ребенка этот процесс носит стремительный характер. У детей даже с незначительным поражением нервной системы ощущение и восприятие формируются с большим количеством особенностей и недостатков, и оказывает влияние на последующий процесс психического развития. Объем зрительного восприятия у детей с задержкой психического развития уже, чем у нормальных детей. Если дать тем и другим яркие рисунки и время для их узнавания, то нормальные дети узнают 95% предметов, а дети с задержкой развития только 60%. Если им дать большее количество времени, то число узнанных предметов возрастет, что говорит о замедленном темпе восприятия. У детей с задержкой развития также меньше объем восприятия. Они из окна видят гораздо меньше предметов, чем дети с нормой. Узость восприятия мешает им ориентироваться в новой местности. Они плохо понимают пейзажи, сюжет картин. Способность к активному критическому рассмотрению и анализу содержания вырабатывается замедленно. При обучении чтению часто возникает привычка угадывать смысл слова по нескольким буквам. Основные средства улучшения качества восприятия и ощущений – обогащение жизненного опыта детей, расширение кругозора. Развитие восприятия – это путь к развитию мышления.

Существует два вида *внимания*: произвольное и непроизвольное. Для детей с задержкой психического развития характерна слабость произвольного внимания. Для них типичный источник невнимания – это быстрая истощаемость психических процессов или утомляемость. Истощаемость может наступить и после первого урока и после некоторого умственного напряжения (особенно у детей с цереб्रोастанией). Особое

значение придается селективной форме внимания, то есть это внимание предполагает отбор и удержание нужной информации. Характерной особенностью для детей с задержкой психического развития является нарушение функции активного внимания, ограниченный объем внимания, фрагментарность, недостаточная концентрация на существенных признаках. Нарушение внимания особенно выражено при двигательной расторможенности, у детей с гиперактивным поведением. Также у детей с задержкой развития отмечается трудности выделения фигуры из фона.

Итак, внимание детей характеризуется неустойчивостью, повышенной отвлекаемостью, недостаточной концентрацией на объекте. Посторонние раздражители вызывают значительное замедление деятельности, множество ошибок. Самым отвлекающим фактором является речь. Поэтому при обучении детей с задержкой развития следует исключить действие посторонних раздражителей. Существенным недостатком внимания таких детей является замедление процессов переработки информации, поступающей через органы чувств, т. к. пространственное восприятие нарушено. Количественная характеристика внимания и восприятия (устойчивость, скорость выполнения задания, количество ошибок, скорость восприятия) может быть показателем умственной работоспособности.

Благодаря *памяти* ребенок фиксирует и обобщает прошлый опыт, преобразует знания, умения. Дети с задержкой психического развития усваивают новое медленно, после неоднократных повторений, быстро забывают. Недостаток произвольной памяти связан со слабостью регуляции произвольной деятельности, недостаточной ее целенаправленностью, несформированностью функций самоконтроля. Эти свойства памяти у детей с задержкой психического развития (замедленный темп усвоения, непрочность сохранения, неточность воспроизведения) отчетливо видны педагогом и называются плохой памятью. Некоторые дети с задержкой психического развития оказываются не в состоянии ответить урок, даже если они его хорошо усвоили. Учителям нужно знать, что многократное повторение материала для ребенка с астенией, цереброастенией только ухудшит запоминание. Ему нужен отдых, так как правильное распределение часов труда и отдыха влечет восстановление сил и уравновешенности нервных процессов, и память становится лучше.

Память бывает механическая (характерна для детей младшего возраста и для детей с инфантилизмом) и логическая (смысловая или опосредованная), которая развивается в

связи с развитием и обучением. Для детей с задержкой психического развития характерно то, что они не могут выделять главное в запоминании, целенаправленно заучить и припомнить. Конкретный материал запоминается легче. Слабость их целенаправленной деятельности заключается в том, что они не могут припомнить заученный материал.

Впечатление и отражение в памяти информации, способность воспроизвести информацию в нужное время и в определенной последовательности – необходимое условие для овладения системой знаний. Дети с задержкой психического развития запоминают с меньшим успехом, чем дети с нормальным развитием. Первоклассники с задержкой психического развития запоминают хуже, чем дети на 2-3 года младше. Основная причина - это пониженная познавательная активность. Дети с нормальным развитием ищут опоры для запоминания.

У детей с задержкой развития познавательную деятельность нужно активизировать: путем мотивации к деятельности, сосредоточием внимания на задании.

Важнейшим условием улучшения внимания является усвоение фонематического анализа. Владея им, ребенок может, сосредоточиться не столько на использовании приема, сколько на материале, с которым он имеет дело. С возрастом большую роль играет произвольная память, которая становится более целенаправленной. Перед школьниками встают новые задачи: время, на протяжении которого надо удерживать материал, требования к точности воспроизведения. Адекватное решение этих сложных мнестических задач может осуществиться лишь на базе полноценной произвольной памяти. Эффективность произвольной памяти зависит от умения себя контролировать в процессе заучивания и, прежде всего от умения дифференцировать произведенный материал от не воспроизведенного.

Для детей с задержкой психического развития свойственны: импульсивность, расторможенность или вялость. Это наблюдается и при воспроизведении материала. Они не могут оценить критически правильность своего ответа, у них нет умения применять приемы запоминания. Это связано с недостаточным уровнем сформированности мыслительных операций. Недостаток памяти проявляется не только в сниженном объеме памяти, но и в ее неточности. Особенно много ошибок при опосредованном запоминании. Недостаточная память отрицательно сказывается на обучении. Поэтому

при разработке коррекционных методов необходимо создать систему занятий для совершенствования мнестической деятельности.

Итак, у детей с задержкой психического развития недоразвитие процесса памяти имеет сложный вид. Одной из главных причин снижения памяти является неумение рационально организовать и контролировать свою работу, и применять приемы запоминания. Уменьшение у них объема памяти, скорости запоминания, наглядный материал запоминается лучше вербального, недостаточно продуктивна произвольная память, неустойчива и непроизвольная. Сердцевиной коррекционных мероприятий является формирование и развитие логической памяти, обучение правильной организации труда, учебной деятельности, формирование у них прилежания, аккуратности, что позволяет преодолевать свойственную им импульсивность и неумение сосредоточить свое внимание.

Мышление – это высшая форма отражения окружающего мира. Мышление дает возможность познать сущность предметов и явлений окружающего мира. Благодаря мышлению становится возможным предвидеть результаты тех или иных действий, осуществлять творческую целенаправленную деятельность. мышление детей с задержкой психического развития формируется в условиях неполноценного чувственного познания, речевого недоразвития, ограниченной практической деятельности. Ребенок с задержкой развития отличается от ребенка с нормальным развитием большей конкретностью мышления и слабостью обобщения. Страдает абстрактное мышление. Наряду с недостаточной зрелостью, мышление детей с задержкой психического развития может быть замедленным или ускоренным, иногда застревающим или излишне детализированным. Такой ребенок скорее запомнит, чем размыслит, но их можно научить обобщать, и это идет гораздо быстрее, чем у олигофренов. Для детей с задержкой психического развития характерна непоследовательность мышления. Особенно у тех, кому свойственна быстрая утомляемость. Начав правильно решать задачу, нередко сбиваются с пути из-за случайного отвлечения, какого-либо впечатления, слова.

Исследования детей с задержкой психического развития показывают недостаточность их мыслительной деятельности. Особенно при решении задач, обучении навыкам письма, чтения, при усвоении грамматических понятий. У них пониженный уровень познавательной деятельности. Эти дети могут вообще не задавать вопросов,

отличаются медлительностью и пассивностью или расторможенностью, болтливостью, задают много несущественных вопросов. У них надо развивать умение задавать вопросы.

Важно *развитие речи у детей с задержкой психического развития*. Во время устных высказываний по поводу понятных жизненных предметов и явлений дети легко овладевают разными формами речи. У детей с задержкой развития речь она бедна. Они не понимают многие слова или понимают очень конкретно. Речь – орудие мышления и средство общения. Здоровый ребенок 3 – 4 лет обладает большим словарным запасом от 300 до 500 слов, и речь носит почти правильную грамматическую форму. Фонетическое произношение неправильно лишь в виде мелких исключений. Недоразвитие речи часто приводит к задержке психического развития. Недоразвитие речи может быть обусловлено медленно формирующимися условными связями в области слухового анализатора. Из – за этого ребенок долго не усваивает новых слов, словосочетаний. При письме, речи допускает ошибки. Именно из – за недостаточного развития слухового анализатора ребенок не различает фонем. По мере обучения в школе условные связи в слуховом анализаторе более успешно образуются, но замедленный темп развития речи сказывается на психическом развитии ребенка.

Речь может быть нарушена и при слабом формировании условно – рефлекторных связей в области двигательного анализатора (мышц рече – двигательного аппарата). В номере ребенок чувствует, что мышцы его речедвигательного аппарата совершают не то движение, чем нужно. Итак, словарный запас у детей с задержкой психического развития меньше, чем у сверстников. При исследовании речи выясняется словарный запас, грамматический строй, полнота и адекватность значений употребляемых слов, потребность в речи как средстве общения. Пассивный словарный запас выясняется путем подсчета числа правильных названий при показывании ребенку большого числа предметов. Активный словарный запас определяется при беседе на различные темы. Здесь подсчитывается число слов во время беседы. Грамматический строй анализируется по записям высказываний ребенка. Смотрится завершенность фраз, четкость наименований, обилие местоимений и т. п. Охотно ли беседует, является ли инициатором беседы или только отвечает, ответы полные или скудные. Но это может говорить не обязательно о плохом развитии ребенка, а о депрессии или об отрицательном отношении к собеседнику.

Проблема задержки психического развития в контексте трудностей в обучении

Системы оказания помощи лицам с различными типами нарушений развития тесно связаны с социально-экономическими условиями существования общества, с политикой государства по отношению к детям с отклонениями в развитии, с нормативно-законодательной базой, определяющей цензовый характер образования и уровень требований к выпускникам учреждений специального образования.

Широко известно, что первыми получили помощь от государства дети с глубокими нарушениями психического и физического развития еще в середине XVIII в. Конец XIX – начало XX столетия стали началом систематического обучения умственно отсталых детей. А с середины пятидесятих годов XX столетия внимание ученых и практиков стали привлекать дети с задержкой психического развития.

Первоначально проблема задержки психического развития рассматривалась в контексте трудностей в обучении, возникающих у детей школьного возраста. Педагоги, в первую очередь западные, объединяли в эту группу детей, испытывающих затруднения в обучении, называли их детьми с недостаточными способностями в обучении или детьми с трудностями в обучении. Медики, также изучавшие детей с подобными отклонениями, пришли к заключению, что трудности, которые испытывают дети, связаны, в первую очередь, с последствиями повреждений мозга на ранних этапах развития ребенка. Поэтому таких детей они называли детьми с минимальными мозговыми повреждениями. Возникновение трудностей у детей рассматривалось в педагогике и с социальных позиций. Истоки задержки психического развития ребенка этими учеными виделись в социальных условиях его жизни и воспитания. Дети, требующие специального обучения для преодоления последствий этих неблагоприятных социальных условий, определялись ими как неприспособленные, педагогически запущенные (по английской терминологии – подвергнувшиеся социальной и культурной депривации). В немецкой литературе данную категорию включались дети с нарушениями поведения, на фоне которых возникали затруднения в обучении.

Дискуссия, развернувшаяся между учеными о причинах и последствиях задержки психического развития у детей, оказалась очень полезной для практического решения этой проблемы. Во всем мире стали открываться специальные классы для детей с

данным отклонением в развитии. Таков был *первый этап* изучения и обучения детей с ЗПР.

Второй этап связан с комплексными медико-психолого-педагогическими исследованиями неуспевающих учащихся (в Советском Союзе) и детьми, обучающимися в специальных классах (в США, Канаде, Англии). Уже в учебном году в США, в штате Калифорния, была принята программа «опережающего обучения» (Head Start Project), предусматривающая годовичную подготовку детей старшего дошкольного возраста, неспособных или неготовых идти в соответствующий срок в общеобразовательную школу (Л. Тарнопол, 1975). Для этого при общеобразовательных школах создавались специальные классы или группы.

В Советском Союзе в это время и в последующие десятилетия активно развивалась система помощи детям с ЗПР школьного возраста. Проблема задержки психического развития у детей всесторонне изучалась. В исследованиях М. С. Певзнер, Г. Е. Сухаревой, И. А. Юрковой, В. В. Ковалева, К. С. Лебединской, М. Г. Рейдибойма, И. Ф. Марковской и других ученых был уточнен клинический состав данной нозологии. В психолого-педагогических исследованиях были изучены психологические особенности детей, особенности формирования у них различных представлений, знаний и навыков (Н. А. Никашина, В. И. Лубовский, Н. А. Цыпина, Е. А. Слепович, У. В. Ульенкова). В 1981 г. в структуру специального образования был введен новый тип учреждения – школы и классы для детей с ЗПР.

Несколько позже началось в стране изучение детей с ЗПР дошкольного возраста. В Институте дефектологии (ныне Институт коррекционной педагогики РАО) проводился многолетний эксперимент по изучению, воспитанию и обучению детей с ЗПР 5-6-летнего возраста. Результатом его явилась Типовая программа обучения детей с ЗПР в подготовительной группе детского сада (1989), а в 1991 г. авторским коллективом этого института под руководством С. Г. Шевченко был предложен вариант программы коррекционного обучения детей с ЗПР старшего дошкольного возраста. С 1990 г. дошкольные учреждения для детей с задержкой психического развития включены в номенклатуру специальных (коррекционных) дошкольных учреждений нашей страны.

За тридцать лет изучения детей с рассматриваемой патологией в отечественной науке и практике сложилась теоретическая база, определились основные методологические подходы к организации воспитания и обучения, накоплен опыт

работы по оказанию коррекционно-педагогической помощи детям-дошкольникам с ЗПР в условиях специализированного детского сада.

Весь этот период можно назвать вторым этапом научно-методологического осмысления проблемы задержки психического развития у детей. Его достижениями у нас в стране можно считать выработку общепринятой этиопатогенетической классификации задержки психического развития, понимание необходимости вариативной психолого-педагогической поддержки детей данной категории, накопление опыта решения организационно-методических вопросов, возникающих в процессе воспитания и обучения детей с ЗПР разного возраста.

Третий этап оказания помощи детям с задержкой психического развития связан с началом 90-х гг. XX столетия. Именно в это время в научных кругах возникло целое направление работы, связанное с усиленным вниманием к проблемам ранней диагностики и коррекции отклонений в психофизическом развитии ребенка. Многочисленные исследования этих лет позволяют наконец выстроить систему коррекционно-развивающей помощи детям с ЗПР не «сверху», как мы это видели на предыдущем этапе, когда исследователи как бы «спускались» к детям-дошкольникам от проблем школьного обучения, а «снизу», когда исследователи стремятся понять закономерности гетерохронного онтогенеза ребенка, сопоставить пути развития ребенка в норме и при патологии, выявляя оптимальную стратегию и тактику запуска компенсаторных механизмов.

1.7. Логопсихология

Логопсихология — часть специальной психологии, посвященная (1) изучению причин, механизмов, симптоматики, течения, структуры психических расстройств у людей с нарушениями речи первичного характера; (2) определению механизмов их психической адаптации, а также (3) разработке системы психологической помощи этим людям.

Логопсихология возникла как практическая прикладная дисциплина, в связи с необходимостью оказания психологической помощи лицам, имеющим нарушения речи. Назвать время и место ее возникновения затруднительно, поскольку сведения о применении психологических знаний и интерпретаций отдельных сторон речевых расстройств можно встретить в разных странах и в разное время. Например, одним из первых в России психотерапию речевых больных стал применять Г.Д. Неткачев (1913). Для решения психотерапевтических задач З.Фрейд использовал психоанализ описок и оговорок, а заикание с точки зрения психоанализа предстает как символическое проявление нежелания человека вступать в речевое взаимодействие с миром, «полным опасностей». Лингвистика с момента своего поворота к психологическим проблемам речи, с момента «обнаружения» говорящего человека проявляла интерес к случаям нарушения отношений психики и речи (А.А. Потебня, К. Бюлер, Р.Якобсон и др.). Известны работы в области психологии чтения, что, по-видимому, отчасти обусловлено его доступностью и возможностью объективной регистрации (Егоров Т. Г., 1953). Неслучайно экспериментальная психология начиналась с изучения восприятия. Прикладным результатом таких исследований стали многочисленные методики ускоренного чтения (ЛёзерФ., 1980; Андреев О.А., Хромов Л. Н., 1991) и близкая к ним методика глобального чтения в логопедии, предложенная В. В.Оппель (1972). Некоторые этапы развития логопсихологии можно проследить на примере исследования алалии и афазии. Примерно до 80-х гг. XX в. в психологической литературе имелись только отдельные упоминания психологических проблем категории лиц с этими нарушениями речи, и только после этого периода появляются специальные работы, посвященные отдельным вопросам психологической диагностики и коррекции (Л. С. Цветкова, Ж. М. Глозман, В. Виноградова и др.).

К настоящему времени накоплен определенный корпус психологических исследований в области логопедии, но они остаются разрозненными и не имеют

общепризнанной концептуальной базы (В.М.Шкловский, Г.А.Волкова, А.Б.Хавин, В.А.Калягин, Е.Ю.Рау, Л. М. Кроль, Е.Л.Михайлова, Б.К.Осокин и др.).

Предметом логопсихологии являются психические особенности лиц с нарушениями речи и методы психологической помощи (коррекции и терапии).

Цель логопсихологии — оказание психологической помощи лицам с нарушениями речи.

В задачи логопсихологии входит:

- 1) изучение механизмов взаимодействия психических и речевых процессов;
- 2) оценка психики человека, имеющего расстройство речи, с позиций целостного подхода в качестве основы для оптимальной диагностической и коррекционной практики;
- 3) изучение психологических особенностей лиц, страдающих различными формами речевой патологии;
- 4) разработка методов дифференциальной диагностики, позволяющих выделить первичное речевое недоразвитие среди сходных по внешним проявлениям состояний (аутизма, нарушений слуховой функции, задержки психического развития, сложных недостатков развития);
- 5) совершенствование методов психологической профилактики коррекции психики лиц с речевыми нарушениями.

Методы логопсихологии

Методы логопсихологии подразделяются на две большие группы — психодиагностика и психологическая помощь (коррекция и терапия).

Владение методами диагностики в значительной мере определяет квалификацию специалиста. Только правильное распознавание имеющегося расстройства, понимание его структуры и динамики позволяют оказать наиболее качественную помощь человеку с теми или иными нарушениями, в том числе с расстройствами речи. Психологическая диагностика особенно значима для логопедии, так как речь тесно связана со всеми психическими функциями.

Психологическая диагностика лиц с речевыми расстройствами в первую очередь выявляет отклонения психических характеристик от нормы, оценивает переживания человека по поводу своего дефекта, наличие у него искажений восприятия своего состояния, дезадаптивных программ поведения и планирования.

Методы психологической помощи, применяемые в логопсихологии, — поведенческий, когнитивистский, психоанализ, гештальт- и телесно-ориентированный, психодрама, психосинтез, трансперсональный и др.

Существующие классификации различаются по заложенному в их основу принципу. Их разделяют: по количеству участвующих в психотерапии субъектов — на индивидуальные и групповые; по роли терапевта (психолога) — на директивные и недирективные; по степени воздействия на личность — на симптоматические (обобщенные к отдельным ее сторонам) и патогенетические (связанные с перестройкой всей личности); по обращенности к различным сторонам личности — на динамическую, поведенческую и экзистенциально-гуманистическую.

Выбор методов психологической помощи зависит от характера имеющихся нарушений (например, при наличии неярко выраженной тревоги возможна симптоматическая помощь, а при формировании стойких убеждений, скажем, о невозможности излечения — глубокая личностная терапия) и арсенала средств, которыми владеет специалист. Системный характер психики делает возможной косвенную помощь за счет «обходных путей», например, поведенческие проблемы можно решать, обращаясь к ценностным установкам человека, когнитивные — с помощью поведенческих методик и так далее.

Следует помнить, что подбор методов помощи всегда носит строго индивидуальный характер, но при этом можно отметить некоторые общие закономерности. Так, в дошкольном возрасте наиболее адекватны симптоматическая (коррекция памяти, внимания, эмоций и т.д.) и семейная психотерапии, а в более старшем, по мере формирования личности, различные варианты патогенетической терапии. Для многих речевых нарушений оказываются необходимы те или иные формы коммуникативного тренинга с учетом специфики расстройства. Например, при экспрессивной алалии важна опора на невербальные средства коммуникации с постепенным расширением ее речевой составляющей. Для заикающегося необходим тренинг уверенности в себе, осознание своего равенства с партнером по общению. В случае ринолалии на первый план выходит изменение самооценки, принятие себя.

Полноценная психологическая помощь невозможна без обращения к личности человека, необходимым условием формирования которой является освоение процессов

обобщения. Вне обобщающих понятий нет личности. В свою очередь, вне личности нет поступка, т.е. осознанного целенаправленного поведения.

Причины возникновения речевых нарушений разделяют на три основные группы: медико-биологические, социально-экономические, психолого-педагогические.

Медико-биологические причины:

-- *пренатальный период:* токсикозы, интоксикации различного характера, гипоксия, несбалансированное питание, неграмотное медикаментозное лечение, инфекционные, венерические и эндокринные заболевания, физические травмы, стрессовые ситуации, резус-конфликт крови матери и плода и др.;

-- *натальный период:* родовые травмы, асфиксия новорожденного, применение родовспомогательных средств и др.;

-- *постнатальный период:* нейроинфекции, соматические заболевания, травматические повреждения и др.

Социально-экономические причины: экология, профессиональные заболевания и вредные привычки родителей, особенности семьи современного общества, низкий уровень образования и материального благосостояния членов семьи, влияние НТП и средств массовой информации и др.

Психолого-педагогические причины: психическая депривация ребенка, отсутствие эмоционального контакта ребенка с родителями, сверстниками, педагогами, смена коллектива, смена педагогов и др.

Клинико-лингвистическая характеристика речи и речевых нарушений

Лингвистическая характеристика речевой деятельности.

Речь представляет собой сложную психическую деятельность, имеющую различные виды и формы.

Выделяют экспрессивную и импрессивную речь.

Экспрессивная (воспроизводимая) речь -- это высказывание с помощью языка, направленное вовне и проходящее в несколько этапов: замысел--внутренняя речь--внешнее высказывание.

Импрессивная (воспринимаемая) речь — это процесс понимания речи (устной или письменной) окружающих, который проходит несколько этапов: восприятие речевого сообщения, деление информационных моментов, формирование во внутренней речи общей смысловой схемы воспринятого сообщения.

Устная речь может быть *диалогической и монологической*. На основе устной речи строится и развивается *письменная речь и чтение*.

Устная речь — многогранный процесс, включающий в себя следующие стороны: фонетическую (смыслоразличительные звуки речи); лексико-грамматическую (слова, фразы); мелодико-интонационную (интонация, голос, окраска); темпо-ритмическую (темп и ритм речи).

Речь — это сложная система взаимосвязанных между собой компонентов; фонематический слух, фонематическое восприятие, звукопроизношение, слоговая структура слова, словарный запас, грамматические категории, предложение, связное высказывание.

Лингвистические нарушения подразделяются в зависимости от выпадения того или иного компонента речи на следующие нарушения:

1. *Фонетические нарушения* — неправильное произношение одного или группы звуков.

2. *Лексико-грамматические нарушения* -- ограниченный словарный запас; обедненная фраза; неправильное согласование слов во фразе по законам грамматики родного языка; неправильное употребление предлогов.

3. *Мелодико-интонационные нарушения*: неправильное употребление ударений (логических -- во фразе, грамматических -- в слове); нарушения, связанные с силой, высотой, тембром голоса.

4. *Темпо-ритмические нарушения*: ускоренный темп речи, связанный с преобладанием в коре головного мозга процессов возбуждения (*тахилалия*); замедленный темп речи, связанный с преобладанием процессов торможения (*брадилалия*); прерывистый темп речи (необоснованные паузы, спотыкания, скандирование звуков и слов, запинки несудорожного (*физиологические итерации, полтерн*) и судорожного характера (*заикание*)).

5. *Нарушения письменной речи*:

-- *письма*: неправильная перешифровка фонемы в графему; пропуски и смешение букв в слове; несогласование и перестановки слов в предложении; выходы за строчку, аграмматизмы и др.;

-- *чтения*: замена и смешение звуков; побуквенное чтение; искажение звуко-слоговой структуры слова; нарушение понимания прочитанного; аграмматизмы.

2. Клиническая характеристика речи.

Речевые нарушения, наблюдаемые в детском возрасте, могут быть физиологического и патологического характера.

Патологические нарушения речи в зависимости от локализации подразделяются на центральные и периферические, а в зависимости от характера нарушения — на органические и функциональные.

Клинические формы нарушений речи:

1) *периферического характера:* механическая дислалия, функциональная дислалия, ринология, ринофония, дисфония.

2) *центрального характера:* дизартрия, алалия, афазия, дисграфия, дислексия.

Клинико-педагогическая и психолого-педагогическая классификации речевых нарушений

В настоящее время в современной логопедии существуют две классификации нарушений речи: **психолого-педагогическая и клинико-педагогическая**. Данные двух классификаций дополняют друг друга и служат общим задачам: определение логопедического заключения, комплектование групп детей с речевой патологией, осуществление системного, дифференцированного логопедического воздействия с учетом симптоматики и механизмов нарушений речи.

Психолого-педагогическая классификация разработана Р. Е. Левиной. Она учитывает, какие компоненты речи нарушены, в какой степени и служит основой для направления детей в логопедические группы соответствующего типа.

1. **ФН** (фонетические нарушения) – нарушение произношения одного звука, одной группы звуков или нескольких групп звуков.

2. **ФФН** (фонетико-фонематическое недоразвитие) – нарушение произношения одного звука, одной группы звуков или нескольких групп звуков, а также недоразвитие фонематических процессов (фонематического слуха, фонематического восприятия).

3. **ОНР** (общее недоразвитие речи) – системное недоразвитие речи, при котором нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне. В зависимости от степени тяжести ОНР соответствует I, II, III, (IV по Т. Б. Филичевой) уровням речевого развития.

4. **Заикание** – нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения (возможен комбинированный дефект, при котором заикание сочетается с ФН, ФФН, ОНР).

В данной классификации **нарушения чтения и письма** рассматриваются в составе ФФН, ОНР как вторичные нарушения в структуре дефекта.

Клинико-педагогическая классификация раскрывает механизмы, формы и виды речевых расстройств с учетом психолого-лингвистических критериев.

1. **Дислалия** – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. **Механическая (органическая) дислалия** – вид неправильного звукопроизношения, который вызывается органическими дефектами периферического речевого аппарата, его костного и мышечного строения. **Функциональной дислалией** – вид неправильного звукопроизношения, при котором не имеется никаких дефектов артикуляционного аппарата.

2. **Дизартрия (анартрия)** – нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи (темп речи, тембр голоса, силы голоса, умение воспроизводить голосовые модуляции, интонационная окраска речи и выразительность), которые обусловлены нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата. Это речевое нарушение органического характера, то есть, обусловлено поражениями ЦНС.

3. **Ринолалия** – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

4. **Алалия** — отсутствие или системное недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка до формирования речи. Алалия представляет собой системное недоразвитие речи, при котором нарушаются все компоненты речевой системы: фонетико-фонематическая сторона, лексико-грамматический строй, связное высказывание. Формы алалии: **моторная алалия, сенсорная алалия**.

5. **Афазия** – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга (утрата, распад речи в результате черепно-мозговых травм, нейроинфекций, опухолей мозга).

6. **Заикание (логоневроз)** – нарушение темпо-ритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

7. **Дислексия (алексия)** – частичное специфическое нарушение процесса чтения.

8. Дисграфия (аграфия) – частичное специфическое нарушение процесса письма.

9. Дисфония (афония) – отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата (нарушения голоса).

10. Брадилалия – патологически замедленный темп речи.

11. Тахилалия – патологически ускоренный темп речи.

Психологические особенности познавательной сферы детей с тяжелыми нарушениями речи

Дети с тяжелыми нарушениями речи имеют ряд психологических особенностей, которые затрудняют формирование речевой деятельности и требуют целенаправленной коррекции.

Психологический статус ребенка с тяжелыми речевыми нарушениями характеризуется недостаточной устойчивостью **внимания**, более низким уровнем показателей произвольного внимания, трудностями в переключении внимания и планировании своих действий. Дети с трудом сосредоточивают внимание на анализе условий, поиске различных способов и средств решения задач. Детям с патологией речи гораздо труднее сосредоточить внимание на выполнении задания в условиях словесной инструкции, чем в условиях зрительной. В первом случае наблюдается большее количество ошибок, связанных с нарушением грубых дифференцировок по цвету, форме, расположению фигур. Во втором случае распределение внимания между речью и практическим действием для детей с патологией речи оказывается трудной, практически невыполнимой задачей. У детей с различными видами речевой патологии имеется значительное снижение произвольного внимания по сравнению с нормой, но специфика этого нарушения определяется степенью его распределения и переключаемости.

У данной категории детей отмечаются серьезные проблемы в развитии **восприятия** (слухового, зрительного, кинестетического и др.) т. е. в формировании представлений о предметах и явлениях окружающего мира. У всех детей с нарушениями речи отмечаются **нарушения фонематического восприятия**. Исследование **зрительного восприятия** позволяет сделать выводы о том, что у дошкольников с речевой патологией данная психическая функция отстает в своем развитии от нормы и характеризуется недостаточной сформированностью целостного образа предмета. Исследования показывают, что простое зрительное узнавание реальных объектов и их изображений не отличается у этих детей от нормы. Затруднения наблю-

даются при усложнении заданий (узнавание предметов в условиях наложения, зашумления). Для многих детей с речевой патологией, обусловленной органическими поражениями мозга, характерны *нарушения оптико-пространственного гнозиса*, который является необходимым условием для обучения детей грамоте. Исследования показали, что данная функция у детей с речевыми дефектами находится по сравнению с нормально развитыми сверстниками на значительно более низком уровне. У детей с речевыми дефектами выявлены *трудности в пространственной ориентации*. Дети в основном затрудняются в дифференциации понятий «право» и «лево», обозначающих месторасположение объектов, возникают трудности в ориентировке в собственном теле, особенно при усложнении заданий. Способности устанавливать пространственные отношения между явлениями действительности в практической деятельности и понимать их в импрессивной речи являются сохранными. Но в экспрессивной речи дети часто не находят языковых средств для выражения этих отношений.

При относительной сохранности смысловой, логической памяти у детей снижена *вербальная память*, страдает продуктивность запоминания. Исследование памяти у детей с тяжелыми нарушениями речи обнаруживает, что объем *ихрительной памяти* практически не отличается от нормы. Исключение касается возможности продуктивного запоминания серии геометрических фигур детьми с дизартрией. Исследования показали большую вариабельность в объеме слуховой памяти, также некоторое общее снижение данной функции. *При этом уровень слуховой памяти понижается с понижением уровня речевого развития*. Дети часто забывают сложные инструкции (трех-, четырехступенчатые), опускают некоторые их элементы и меняют последовательность предложенных заданий, не прибегают к речевому обобщению в целях уточнения инструкции. Это связано также и с особенностями внимания. Исследования по изучению *вербальной памяти* детей с недоразвитием речи обнаруживают недостаточность опосредствованной словесной памяти, что носит специфически речевой характер и по своему патологическому механизму первично связана с системным нарушением речи, но не с нарушением собственно мышления.

Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития проявляется также в специфических особенностях *мышления*. Обладая полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными по возрасту,

дети отстают в развитии словесно-логического мышления, с трудом овладевают мыслительными операциями (анализом и синтезом, сравнением и обобщением, классификацией). В процессе исследований были получены следующие результаты: у детей с недоразвитием речи на процесс и результаты мышления влияют недостатки в знаниях и нарушения самоорганизации. У них обнаруживается недостаточный объем сведений об окружающем, о свойствах и функциях предметов действительности, возникают трудности в установлении причинно-следственных связей явлений, в формировании математических представлений, развитии логического мышления.

Несколько иначе развивается **воображение** (психологическая основа творчества) у детей с тяжелыми нарушениями речи. Развитию детского воображения способствует своевременное формирование речи, а задержка речевого развития приводит к отставанию в развитии мышления и воображения. Данной категории детей оказывается недоступным выполнение творческих заданий. Рисунки таких детей отличаются бедностью замысла и содержания. Они плохо понимают переносные значения слов, метафор и испытывают трудности в составлении творческих рассказов. Это объясняется беглостью словарного запаса, упрощенностью фраз, нарушениями грамматического строя речи, низким уровнем пространственного оперирования образами.

У большинства детей отмечается нарушения в развитии двигательной сферы, т. е. **общей и мелкой моторики** (плохая координация движений, снижение скорости и ловкости при их выполнении). Наибольшие трудности выявляются при выполнении упражнений для пальцев и кистей рук, сопровождающихся словесной инструкцией.

Обращает на себя внимание невысокий **уровень развития игровой деятельности** у дошкольников с ОНР: низкая речевая активность в ходе игр, неумение организовать сюжетно-ролевую игру, отказ от участия в играх вербального характера.

Психологические особенности личностной и эмоционально-личностной сферы детей с тяжелыми нарушениями речи

Эмоционально-личностные особенности детей с нарушенным речевым развитием недостаточно изучены. Среди немногочисленных работ, посвященных исследованию особенностей личностного развития при речевых нарушениях, можно назвать работы В. М. Шкловского, В. И. Селиверстова, Л. А. Зайцевой, Л. Е. Гончарук, Г. А. Волковой и некоторых других.

У детей с тяжелыми речевыми расстройствами наблюдаются отклонения в *эмоционально-личностной сфере*. Им присущи пассивность, нестойкость интересов, неуверенность в себе, повышенная раздражительность, агрессивность, замкнутость, сензитивная зависимость от окружающих, склонность к спонтанному поведению.

В определении таких эмоционально-личностных свойств, как *концентричность*—*эксцентричность*, отмечается отчетливое доминирование как у детей с нормальной речью, так и у детей с нарушенной речью, свойства *эксцентричности*, когда дети проявляют живой интерес к окружающему как источнику получения помощи, информации. Однако у значительной части (40%) детей, как с нарушенной речью, так и с нормальным речевым развитием обнаруживается свойство концентричности, что свидетельствует об их сосредоточенности на собственных проблемах, склонности все переживания держать в себе, замкнутости.

Для детей с системным недоразвитием речи характерно дифференцированное представление о своих *эмоциональных состояниях* (данное положение было подтверждено специальным психологическим исследованием). Однако детям с речевыми нарушениями особенно трудно мимическими средствами передать эмоции гнева, страха, удивления. Изучение выразительности речи выявило, что 53% детей с ОНР не смогли адекватно выразить эмоционально-смысловое содержание высказывания. При определении и назывании эмоциональных состояний по фотографиям, предметным картинкам и пиктограммам дошкольники с нарушениями речи смешивали различные эмоции: гнев, страх, удивление. Максимальная успешность достигнута ими в определении эмоциональных состояний радости и грусти. Частота употребления эмоциональной лексики в устной речи детей с ОНР в два раза ниже, чем у детей с нормальным речевым развитием. Из вышесказанного следует, что для обучения дошкольников с ОНР необходимо разработать комплекс специальных методов и приемов, направленных на формирование эмоциональной лексики, что позволит повысить уровень овладения выразительной связной речью и речевой коммуникацией в целом и степень осознания своих эмоциональных состояний.

Существенно сказывается на развитии *самооценки личности* какой-либо дефект психического развития, в частности речевая патология. Осознание речевого дефекта, степень фиксированности на нем изучались в основном применительно к заикающимся

детям (С. С. Ляпидевский, СИ. Павлова, В. И. Селиверстов и др.) и лицам с нарушениями голоса (О. С. Орлова).

Исследователи выделяют *три варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту*: безразличное, умеренно-сдержанное, безнадежно-отчаянное и *три варианта волевых усилий в борьбе с ним*

В. И. Селиверстов выделяет следующие показатели степеней фиксированности детей на своем дефекте:

1) *нулевая степень фиксированности* на своем дефекте. Дети не испытывают ущемления от сознания неполноценности речи или даже совсем не замечают ее недостатков. Они охотно вступают в контакт со сверстниками и взрослыми, знакомыми и незнакомыми людьми. У них отсутствуют элементы стеснения или обидчивости;

2) *умеренная степень фиксированности* на своем дефекте. Дети испытывают в связи с дефектом неприятные переживания, скрывают его, компенсируя манеру речевого общения с помощью уловок. Тем не менее, осознание детьми своего недостатка не выливается в постоянное, тягостное чувство собственной неполноценности;

3) *выраженная степень фиксированности* на своем дефекте. Дети постоянно фиксированы на своем речевом недостатке, глубоко переживают его, всю свою деятельность ставят в зависимость от своих речевых неудач. Для них характерен уход в болезнь, самоуничижение, болезненная мнительность, навязчивые мысли и выраженный страх перед речью.

В процессе формирования **коммуникативных навыков** у детей с системным недоразвитием речи наблюдаются определенные проблемы, которые проявляются в незрелости мотивационно-потребностной сферы и приводят к стойким нарушениям общения. При этом затрудняется процесс межличностного взаимодействия: дети с трудом вступают в контакт со сверстниками и взрослыми. Наблюдаемые у детей с тяжелыми нарушениями речи серьезные трудности в организации собственного речевого поведения отрицательно сказываются на общении с окружающими людьми. Взаимообусловленность речевых и коммуникативных умений у данной категории детей приводит к тому, что такие особенности речевого развития, как бедность и недифференцированность словарного запаса, своеобразие связного высказывания, препятствуют осуществлению полноценного общения, следствием этих трудностей являются снижение потребности в общении, несформированность форм коммуникации

(диалогическая и монологическая речь), особенности поведения; незаинтересованность в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм. Кроме этого, *положение ребенка в коллективе сверстников тесно связано со степенью тяжести речевого дефекта*. Так, дети, занимающие высокое положение в системе личных взаимоотношений, как правило, имеют сравнительно хорошо развитую речь, в то время как среди детей, занимающих неблагоприятное положение, есть дети с положительными качествами личности, хорошим поведением, но с более тяжелым речевым дефектом, который и является определяющим в иерархии межличностных отношений.

Процесс общения детей с речевой патологией со взрослыми существенно отличается от нормы как по уровню развития, так и по основным качественным показателям. Изучение характера общения детей со взрослыми обнаружило преобладание его ситуативно-деловой формы, что характерно для нормально развивающихся детей двух-, четырехлетнего возраста. Предпочитаемым видом общения, как показали результаты экспериментальной проверки, оказалось общение, выступающее на фоне совместной игровой деятельности. Изучение процесса общения дошкольников с недоразвитием речи с педагогами показало, что у многих из них сформировалась отрицательная или безразличная установка на педагогические воздействия. У большинства детей не сформированы навыки культуры общения, отсутствует представление об уважительной дистанции между ребенком и взрослым в процессе общения.

В целом, *коммуникативные возможности детей с выраженной речевой патологией отличаются заметной ограниченностью и по всем параметрам значительно ниже нормы*. Таким образом, наличие тяжелых речевых расстройств, проявляющихся в общем недоразвитии речи, приводит к стойким нарушениям общения. Комплекс нарушений речевого и когнитивного развития у детей с тяжелой речевой патологией препятствует установлению у них полноценных коммуникативных связей с окружающими, затрудняет контакты со взрослыми и может приводить к изоляции этих детей в коллективе сверстников. При этом затрудняется процесс межличностного взаимодействия детей и создаются серьезные проблемы на пути их развития и обучения.

Основные цели и задачи психокоррекционной помощи детям с тяжелыми речевыми нарушениями. Методы и приемы коррекции психического развития детей с нарушениями речи

У детей с тяжелыми речевыми нарушениями по сравнению с возрастной нормой наблюдается снижение познавательной деятельности: недостаточная концентрация и устойчивость внимания, меньший объем запоминания и воспроизведения материала, снижение уровня обобщения и осмысления действительности, пространственные трудности; слабость в развитии моторики, недостаточная сформированность мотивационной сферы. Со стороны эмоционально-волевой сферы также имеет место ряд особенностей: повышенная возбудимость, раздражительность или общая заторможенность, замкнутость, обидчивость, плаксивость, многократная смена настроения и др.

Основные цели психокоррекционной помощи детям с нарушениями речи:

- нормализация состояния отдельных психических процессов;
- восстановление целостности личности и оптимизация механизмов психической адаптации;
- формирование речевой деятельности в целом.

Основные задачи психокоррекционной помощи детям с нарушениями речи:

- преодоление задержки в сенсорном, моторном, когнитивном и речевом развитии;
- формирование психофизиологических основ речи;
- профилактика вторичных отклонений в познавательном и личностном развитии;
- обучение способам психической саморегуляции;
- формирование навыков поведения, обеспечивающих ребенку наиболее благоприятную психологическую атмосферу;
- воспитание высших эмоций и социальных потребностей.

Психокоррекционная работа с такими детьми должна включать комплекс мероприятий, направленных на выявление и устранение отклонений психофизического развития, на улучшение общего психического состояния ребенка (на развитие когнитивных процессов, мелкой моторики, зрительно-пространственного гнозиса, познавательной активности, мотивационной сферы), на формирование у него интереса к речевому общению и необходимых навыков поведения, на организацию правильного речевого воспитания.

Методы коррекции психического развития детей с нарушениями речи:

-- **психокоррекция** -- система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психокоррекционного воздействия;

-- **психогимнастика** – курс специальных занятий (этюдов, упражнений, игр), направленных на развитие и коррекцию различных сторон психики ребенка;

-- **библиотерапия** – специальное коррекционное воздействие на детей с нарушениями речи с помощью чтения художественной литературы;

-- **игровая терапия** – метод психотерапевтического воздействия на детей и взрослых с помощью игры;

-- **арттерапия** – метод психотерапии, основанный на искусстве;

-- **музыкотерапия** – метод, использующий музыку в качестве средства психокоррекции.

При организации коррекционно-педагогической помощи детям с тяжелыми речевыми нарушениями необходимо следовать принципу комплексности и взаимодополнимости медицинских, психологических и педагогических методов воздействия.

Эффективность специальных занятий с детьми, имеющими тяжелые нарушения речи, будет во многом определяться выбранными **психокоррекционными приемами, играми, упражнениями, пособиями.**

При коррекции **внимания** необходимо развивать его особенности: устойчивость, переключаемость, распределение. Использование специальных игровых упражнений («Что забыл нарисовать художник?», «Чем отличаются две пары картинок?», «Найди среди игрушек две одинаковые», «Что перепутал художник?», «Найди 2-10 отличий между двумя картинками» и т. п.) позволяет повысить уровень самостоятельности и наблюдательности, умение распределять и концентрировать внимание на соответствующих объектах.

В ходе коррекции **восприятия** необходимо развивать умение воспроизводить целостный образ предмета; умение соотносить предметы с сенсорными эталонами, выделяя их сходство и различие; умение ориентироваться в окружающей обстановке, выделяя главное в воспринимаемом. Коррекция данного психического процесса проводится с помощью пособий («Почтовый ящик», «Разрезные картинки», «Доска

Сегена», «Эталоны»), собирания пазлов, мозаики, а также при проведении специальных дидактических игр.

Память является одним из важнейших познавательных процессов. При проведении коррекционной работы необходимо наращивать объем запоминаемой информации, время хранения данной информации, быстроту запоминания, точность запоминания; *развивать вербальную память*. Для этого используются игры («Чего не стало?», «Что изменилось?», «Нарисуй по памяти» и т. п.), тесты («Пиктограмма», «Десять слов», «Десять предметов» и др.), занимательные игры со словами и стихами, заучивание стихов и пересказ текстов.

При коррекции **мышления** необходимо развивать у детей старшего дошкольного возраста наглядно-действенное, наглядно-образное и элементы словесно-логического мышления. Уровень развития наглядно-действенного мышления развивается при помощи игровых упражнений: «Собери пирамидки», «Собери матрешки», «Построй башню» и т. п. Для развития наглядно-образного мышления применяются игры: «Найди недостающую деталь», «Кому какое угощение?», «Кто где живет?» и др. При формировании элементов словесно-логического мышления используются игры: «Четвёртый лишний», «Овощи, фрукты, ягоды» (разложить по корзинам), «Кто (что) там?» (найти закономерность и нарисовать в пустых клетках недостающие фигуры), «Что перепутал художник?» и т. п.

Для развития **воображения** детей с нарушениями речи необходимо повышать познавательные интересы и мотивацию всех видов продуктивной деятельности; расширять запас сведений об окружающем мире и обогащать словарный запас; усваивать связи между зрительной и вербальной сферами.

В свете современных тенденций изучения взаимосвязи и взаимозависимости речевой и моторной деятельности актуальной становится проблема использования разнообразных развивающих упражнений, игр по совершенствованию **мелкой моторики** у детей с речевыми нарушениями.

Помимо традиционной *пальчиковой гимнастики* в логопедической практике широко используются модифицированные и новые упражнения, *игры с пальчиками*:

-- упражнения с грецкими орехами, каменными и металлическими шарами, шестигранными карандашами (перекатывание их между ладонями...);

-- игры с текстильной резинкой (растягивание резинового колечка пальцами), поролоновыми и резиновыми мячами (сжатие их между ладонями, поочередное сжатие пальцами...);

-- «пальчиковый бассейн» (поиск мелких игрушек в емкости, наполненной горохом, фасолью);

-- «разноцветные прищепки» (механическое сдавливание подушечек прищепками...);

-- различные виды массажа (самомассажа) кистей рук, пальцев.

Широкое распространение получили *игры ребенка с песком, водой, тестом, глиной* (ручная терапия), которые способствуют развитию мелкой моторики, тактильно-кинестетической чувствительности, высших психических функций. Они стабилизируют эмоциональное состояние, и самое главное, ребенок получает первый опыт рефлексии, учиться понимать себя и других. Ему в этом мире комфортно, все понятно и близко, есть простор для фантазии и самоутверждения.

Для коррекции **эмоционально-волевой сферы и личности** детей с речевыми нарушениями предполагается проведение следующей работы: создание положительного эмоционального фона, выработка волевых усилий на преодоление возможных трудностей в устранении речевых нарушений, устранение психогенных наслоений у детей и их родителей, налаживание благоприятных социальных контактов с окружающими.

В процессе всей психокоррекционной работы с детьми, имеющими нарушения речи, проводится работа по формированию речевой деятельности: развитие потребности общения, его мотивационной стороны. Ребенка учат фиксировать внимание на речи, развивают фонематические процессы, контролируют правильность звукопроизношения и сохранность слоговой структуры слова, обогащают словарный запас, отрабатывают правильность употребления грамматических категорий и развивают связную речь.

1.8. Сурдопсихология

Сурдопсихология (от лат. surdus – глухой) – отрасль специальной психологии, занимающаяся изучением психических особенностей детей с недостатками слуха (неслышащих, слабослышащих).

Предметом сурдопсихологии являются изучение своеобразия психического развития людей с недостатками слуховой функции и установление возможностей и путей компенсации нарушений различной сложности.

Задачи сурдопсихологии заключаются в следующем:

§ выявить общие и специфические закономерности психического развития людей с нарушенным слухом по сравнению с людьми, имеющими сохранный слух;

§ изучить особенности развития отдельных видов познавательной деятельности людей с нарушенным слухом;

§ изучить закономерности развития их личности;

§ разработать методы диагностики и психологической коррекции нарушений психического развития людей с недостатками слуха;

§ дать психологическое обоснование наиболее эффективных путей и способов педагогического воздействия на детей и взрослых с нарушенным слухом, изучить психологические проблемы интеграции людей с нарушенным слухом в общество, в частности проблемы интегрированного обучения.

Исторические аспекты отечественных и зарубежных взглядов на воспитание и обучение детей с нарушениями слуха

В течение многих веков в обществе накапливались сведения о происхождении нарушений слуха, особенностях развития глухих, способах и методах их обучения.

Аристотель считал, что нарушение одного из органов чувств человека отрицательно отражается на целостности деятельности всех органов чувств и приводит к невозможности его полноценного развития. Орган слуха Аристотель считал важнейшим органом познания, а звук - проводником мысли. Он отмечал, что через слуховое восприятие человек может слышать речь других людей и формировать свою, и считал, что без овладения языком умственное развитие глухого невозможно.

В средние века, когда идеологическим оплотом феодализма была церковь, к глухим относились как к людям, не способным усвоить религиозные понятия и идеи,

научиться читать и писать. Проявление нетерпимости к глухим приводило к тому, что их нередко сажали в тюрьмы. Бывали случаи, когда их сжигали на кострах инквизиции.

В эпоху Возрождения (XIV—XVI вв.) отмечается зарождение теоретических основ обучения глухих детей. Искали факты объяснения глухоты, способы ее преодоления, описывали факты обучения глухих, приводили примеры умственного и речевого развития неслышащих людей. Д. Кардано (1501—1576) теоретически обосновывал классификацию, в которой глухие различались по времени наступления нарушения и состоянию речи, возможности обучения неслышащих чтению и письму на основе использования сохранных анализаторов, прежде всего зрения. Для этого периода характерна тенденция индивидуального обучения глухих детей из богатых семей.

В XVI—XVII вв. осуществлялось обучение глухих в условиях семьи, а также в монастырях. Первый систематический опыт обучения глухих словесной речи был предпринят П. Понсе, позднее Х. П. Бонетом (Испания). П. Понсе для обучения речи использовал письменную, дактильную и устную речь.

В XVIII в. наметилось два подхода к обучению глухих детей, различающихся по использованию разных форм речи. Один из путей индивидуального обучения глухих предполагал использование различных форм речи: устной, письменной, дактильной, жестовой. Представители другого направления - предполагали использование только устной речи, так же как это происходит в обучении слышащего ребенка.

В XVIII в. возникают коллективные формы обучения неслышащих детей, появились институты для глухих. В обучении глухих применились жесты. Ш. М. Эпе видел в качестве основного средства развития и воспитания язык жестов, дополненный созданными им «методическими знаками». В ходе первоначального обучения знаки - жесты служили средством для раскрытия значения слов и обозначения их в письменной форме.

В Киевской Руси отношение к глухим, как характеризовалось терпимостью и жалостью. Они чаще всего попадали в призреваемые воспитательные учреждения, находящиеся в основном при монастырях и церквях. Позднее стали организовываться специальные дома для лиц с различными нарушениями, содержащиеся на пожертвования богатых слоев населения. В XVII в. общественное положение глухих рассматривалось в некоторых приказах (Патриарший, Аптекарский), и практически оно было приравнено к положению слышащих.

В воспитательных домах, построенных в XVIII в., оформилась система приютского воспитания глухих детей. Она включала трудовую подготовку, элементарное обучение грамоте и счету, а для более одаренных детей предполагалось повышение образования, вплоть до поступления в университеты.

Начало XIX в. ознаменовалось важными изменениями в сурдопедагогике. Теоретическая и методическая разработки основ обучения в училищах для глухонемых были направлены на определение задач воспитания, выявление возможностей глухих в обучении, умственном и нравственном развитии, на разработку методов обучения словесной речи, использование при этом различных средств: жестов, дактилологии, письменной, устной речи. Одной из передовых для того времени идей, принадлежавших В. И. Флери, является мысль о необходимости раннего (дошкольного) обучения глухого ребенка речи.

Этиология и патогенез нарушений слуха

Нарушения слуха могут вызываться: различными инфекционными заболеваниями детей (менингит и энцефалит, корь, скарлатина, отит, грипп и его осложнения); в результате заболеваний, поражающих наружное, среднее или внутреннее ухо, слуховой нерв (если поражено внутреннее ухо и стволовая часть слухового нерва, в большинстве случаев наступает глухота, если же среднее ухо, то чаще наблюдается частичная потеря слуха); к факторам риска относится длительное воздействие звуковых раздражителей предельной интенсивности (например, широко распространенное среди молодежи слушание чрезмерно громкой музыки, особенно с использованием технических средств, таких, как плееры); неблагоприятное протекание беременности (вирусные заболевания матери в первом триместре беременности, такие, как краснуха, корь, грипп, герпес); врожденная деформация слуховых косточек, атрофия или недоразвитие слухового нерва; химические отравления (например, хинином); родовые травмы (например, деформация головы ребенка при наложении щипцов); механические травмы (ушибы, удары, акустические воздействия сверхсильными звуковыми раздражителями (свистки, гудки и т. п.)); контузии при взрывах; острое воспаление среднего уха; заболевания носа и носоглотки (хронический насморк, аденоиды и др); неадекватное применение ототоксических препаратов, в частности антибиотиков.

Нарушение слуховой функции чаще всего происходит в раннем детстве. В 70% случаев потеря слуха возникает в возрасте двух-трех лет. В последующие годы жизни число случаев потери слуха уменьшается.

Медицинская классификация нарушений слуха.

Отечественная и зарубежная статистика показывают, что число людей с нарушениями слуха увеличивается. Становится выше и число лиц со сниженным слухом в возрастной группе после пяти - десяти лет. Проведенные в различных странах исследования показали, что 4 – 6 % от всего населения планеты имеют нарушения слуха в степени, затрудняющей социальное общение. Из этого числа 2 % людей имеют двустороннее снижение слуха и воспринимают разговорную речь на расстоянии менее 3 м, а 4 % - выраженную одностороннюю тугоухость.

Важное значение для правильного понимания особенностей психического развития детей с нарушениями слуха, для своевременной диагностики и организации их обучения и воспитания, в частности для определения типа учреждения, в котором должен учиться ребенок, имеет *классификация* таких детей.

Проблема дифференциации лиц, имеющих нарушения слуха, интересовала как врачей, так и сурдопедагогов. В нашей стране наибольшее распространение получила *медицинская классификация нарушений слуха* у детей, предложенная Л. В. Нейманом (1961). Если нарушение слуха распространяется на диапазон частот, относящийся к разговорной речи (от 500 до 3500 Гц), то ее восприятие становится невозможным. При потере слуха более 80 дБ наступает глухота, при частичном нарушении (тугоухости) отмечается потеря от 15 до 80 дБ. В соответствии с данной классификацией устанавливаются три степени тугоухости в зависимости от средней арифметической потери слуха в области речевого диапазона частот. Люди, имеющие нарушения слуха, в зависимости от его остаточной сохранности могут быть отнесены к одной из четырех групп (от 125 до 2000 Гц; от 125 до 1000 Гц; от 125 до 500 Гц; от 125 до 250 Гц).

Специфика развития познавательных процессов детей с нарушениями слуха

Большое значение для компенсации нарушений слуха приобретает *зрительное восприятие*. Для ребенка с нарушением слуха зрительное восприятие — это и главный источник представлений об окружающем мире, и канал, обеспечивающий возможности общения с другими людьми, восприятия обращенной к нему речи.

В процессе обучения и воспитания у этих детей совершенствуется тонкость и дифференцированность зрительного восприятия, в том числе мимики, движений губ, лица и жестов партнеров по общению, изменений положения пальцев при дактилировании.

Зрительное восприятие детей с недостатками слуха развивается по тем же законам, что и восприятие слышащих, но специфика нарушения приводит к несвоевременному формированию межфункциональных взаимодействий (между восприятием и речью), а это, в свою очередь, отрицательно влияет на развитие одного из самых сложных свойств восприятия — осмысленности. Аналогичные нарушения можно обнаружить при анализе других видов восприятий.

Специфические особенности развития *двигательных ощущений* у детей с недостатками слуха вытекают из структуры нарушения и связаны с отставанием в формировании межфункциональных взаимодействий.

Развитие *вибрационной чувствительности* имеет большое значение для овладения устной речью, ее восприятия и произношения. Некоторые из вибраций, возникающих при произнесении слов, улавливаются глухим ребенком при прикладывании ладони к шее говорящего, при поднесении ладони ко рту, при использовании специальных технических средств, включающих вибратор.

При этом неслышащие дети лучше воспринимают такие компоненты речи, как темп, ритм и ударение. Вибрационные ощущения помогают глухому осуществлять контроль за собственным произношением.

Таким образом, анализ особенностей развития ощущений и восприятия у детей с нарушенным слухом показывает, что у детей данной категории наблюдается определенная закономерность развития этих процессов, которая характерна для дефицитного типа нарушения - асинхрония, что проявляется в разной степени недоразвития одних систем восприятия (двигательная чувствительность, осязание) при более высоком уровне развития других (зрительное восприятие, вибрационная чувствительность).

На начальных этапах становления произвольного внимания необходимым условием его поддержания является наличие внешних опор — развернутых практических действий с выделенными предметами. В ходе дальнейшего развития происходит интериоризация, переход внешних опор во внутренний план. Для детей с

нарушениями слуха характерно более позднее становление высшей формы *внимания* — произвольного и опосредствованного, что обусловлено как более поздним формированием умений использовать средства организации внимания, управления им, в том числе более поздним переходом к внутренним средствам, так и отставанием в развитии речи, способствующей организации и управлению собственным поведением.

Развитие внимания у глухих детей заключается в становлении произвольного внимания как сознательного и контролируемого, в формировании основных свойств внимания, таких, как устойчивость, распределение, переключаемость.

В процессе психического развития глухих детей образы памяти совершенствуются, формируется умение пользоваться различными средствами для запоминания.

Для развития образной памяти необходимо совершенствовать познавательную деятельность детей» развивать их речь, формировать мыслительные операции - анализ и синтез, сравнение, абстракцию; учить их использовать различные средства для запоминания.

Глухие дети реже пользуются приемами опосредствованного запоминания, что отрицательно сказывается на сохранении образов в памяти. Исследования особенностей произвольного запоминания предметов, схематических фигур показали, что у глухих детей сложившиеся в опыте системы образов оказываются менее дифференцированными, менее прочными, менее устойчивыми к помехам со стороны сходных образов, чем у слышащих сверстников.

В развитии *словесной памяти* у детей с нарушениями слуха наблюдаются большие сложности, поскольку даже в условиях специального обучения отставание в развитии словесной речи приводит к отставанию в развитии словесной памяти.

Глухие дети, прежде всего, овладевают существительным, имеющим прямую предметную отнесенность. Представления о других грамматических категориях формируются позже и с большими сложностями, поскольку их формирование опирается на соответствующие мыслительные операции (например, абстракцию - при усвоении прилагательных, обобщение действий - при усвоении глаголов).

Особенности развития словесной памяти глухих детей находятся в прямой зависимости от замедленного темпа их речевого развития, от неполного понимания текста.

Все виды работ по развитию памяти будут эффективны только при интенсивном развитии словесной речи - расширении активного словаря детей, обучении их производить адекватные замены одних слов другими, близкими по смыслу, совершать пересказ текста своими словами.

Таким образом, все направления работы по развитию словесной памяти глухих детей имеют своей целью формирование осмысленного запоминания.

Выделяется ряд условий развития словесно-логического мышления у глухих детей.

Первое - формирование речи как средства мыслительной деятельности.

Второе - обучение умению мыслить обратимо, понимать относительность тех или иных явлений.

Третье условие формирования словесно-логического мышления - развитие всех мыслительных операций (анализ, синтез, сравнение, абстракция, обобщение).

Четвертое условие - овладение началами логической грамоты, что включает усвоение принципов классификации логических понятий, построение дедуктивных и индуктивных умозаключений, установление логических связей (причинно-следственных, целевых, условных).

Среди глухих детей можно выделить тех, кто по результатам развития мышления не отличается от слышащих сверстников. Это свидетельствует о больших возможностях компенсации интеллектуального развития детей с нарушениями слуха в условиях адекватного обучения и воспитания.

Общие и специфические закономерности эмоционально-волевого развития детей с нарушенным слухом

На развитие эмоциональной сферы глухих детей влияют определенные неблагоприятные факторы.

Нарушение словесного общения частично изолирует глухого от окружающих его говорящих людей, что создает трудности в усвоении социального опыта.

Неслышащим детям не доступно восприятие выразительной стороны устной речи и музыки. Отставание в развитии речи отрицательно сказывается на осознании своих и чужих эмоциональных состояний и обуславливает упрощенность межличностных отношений. Более позднее приобщение к художественной литературе обедняет мир эмоциональных переживаний глухого ребенка, приводит к трудностям формирования сопереживания другим людям и героям художественных произведений.

К факторам, благоприятно влияющим на эмоциональное развитие глухих детей, можно отнести их внимание к выразительной стороне эмоций, способность к овладению разными видами деятельности, использование мимики, выразительных движений и жестов в процессе общения.

Основные направления в развитии эмоциональной сферы у ребенка с нарушенным слухом те же, что и у нормально слышащего: и тот и другой рождаются с готовым механизмом оценки значимости внешних воздействий, явлений и ситуаций с точки зрения отношения к жизнедеятельности — с эмоциональным тоном ощущений.

На первом году жизни начинают формироваться собственно эмоции, которые носят ситуативный характер, т. е. выражают оценочное отношение к складывающимся или возможным ситуациям.

Развитие эмоций происходит по следующим направлениям:

- дифференциация качеств эмоций;
- усложнение объектов, вызывающих эмоциональный отклик;
- развитие способности регулировать эмоции и их внешние проявления.

На первом году жизни ощущаются различия между слышащими детьми и детьми с нарушениями слуха в развитии собственно эмоций, которые в дальнейшем часто увеличиваются.

Относительная бедность эмоциональных проявлений у глухих дошкольников лишь косвенно обусловлена их дефектом и непосредственно зависит от характера эмоционально-действенного и речевого общения со взрослыми. Глухие дети глухих родителей обнаруживают наибольшее количество эмоциональных проявлений разного типа, в том числе и интеллектуальных эмоций, и приближаются по этим показателям к слышащим детям. Глухие дошкольники, имеющие слышащих родителей, показали наименьшее количество эмоций в разных жизненных ситуациях. Обедненность эмоциональных проявлений у глухих дошкольников в значительной мере обусловлена недостатками воспитания, неумением взрослых слышащих людей вызывать маленьких детей на эмоциональное общение. Глухие дети глухих родителей, воспитывающиеся дома, обнаруживали существенно большее число положительных эмоциональных проявлений, чем глухие дети слышащих родителей, находящиеся дома или в специальном саду интернатного типа. На эмоциональном развитии детей и их взаимоотношениях с родителями и другими членами семьи также отрицательно сказывается

оторванность от семьи (пребывание в детских учреждениях интернатного типа). Эти особенности социальной ситуации развития детей с нарушениями слуха обуславливают трудности в осознании эмоциональных состояний, в их дифференциации и обобщении.

У маленьких глухих в силу ограниченного словесного и игрового общения, а также невозможности слушать и понимать чтение рассказов, сказок затруднено понимание желаний, намерений, переживаний сверстников. В начале пребывания в детском сад} дети не приходят на помощь товарищам, не выражают сочувствия друг к другу.

Сочувственное отношение глухих детей друг к другу побуждается не столько ласковым и добрым отношением к ним взрослых, сколько постоянным обращением их внимания на сотоварищей по группе, специально направленным пробуждением сочувствия и приучением выражать его по отношению к плачущему, обиженному или огорченному товарищу: обычно воспитатель использует прямое обращение одного ребенка к другому, совместно с ним утешает обиженного, демонстрирует свое сочувствие - такое эмоциональное проявление как бы заражает ребенка. Важно действенное указание - пожалей, погладь или приглашение (по подражанию) к сопереживанию, сочувствию по отношению к плачущему.

Важную роль в развитии эмоций и чувств, в формировании *межличностных отношений* имеет понимание внешних выражений эмоций у других людей. Особенности понимания эмоций глухими дошкольниками и школьниками. *Четкие внешние проявления* (мимика, жесты, пантомимика), понятность и однозначность ситуации имеют большое значение для адекватного опознания глухими детьми дошкольного возраста эмоционального состояния другого человека. В процессе психического развития у детей с нарушениями слуха происходит дальнейшее развитие эмоциональной сферы. Таким образом, на протяжении дошкольного и школьного возраста происходят существенные сдвиги в развитии эмоциональной сферы детей с нарушениями слуха - они овладевают многими понятиями, относящимися к эмоциям и высшим социальным чувствам, лучше опознают эмоции по их внешнему выражению и словесному описанию, правильно определяют причины, их вызывающие. Это происходит в значительной мере в результате развития познавательной сферы - памяти, речи, словесно-логического мышления, а также благодаря обогащению их жизненного опыта, увеличению возможностей его осмысления.

На первом году жизни ощущаются различия между слышащими детьми и детьми с нарушениями слуха в развитии собственно эмоций, которые в дальнейшем часто увеличиваются.

Проблема компенсации нарушенной слуховой функции

При компенсации психических функций возможно вовлечение в ее реализацию новых структур, которые раньше не участвовали в осуществлении данных функций или выполняли при этом другую роль. Выделяют два типа компенсации. Первый - *внутрисистемная компенсация*, которая осуществляется за счет привлечения сохранных нервных элементов пострадавших структур. При потере слуха это развитие остаточного слухового восприятия. Второй тип - *межсистемная компенсация*, которая осуществляется путем перестройки функциональных систем и включения в работу новых элементов из других структур, выполнения ими несвойственных ранее функций. Компенсация функций слухового анализатора у родившегося глухим ребенка происходит за счет развития зрительного восприятия, кинестетической и тактильно-вибрационной чувствительности. При нарушениях слуха наблюдаются оба типа компенсации функций.

Вопрос обучения словесной речи детей с нарушениями слуха становится, по мнению Л. С. Выготского, центральным вопросом сурдопедагогики. Необходимо как можно раньше так организовать жизнь ребенка с нарушенным слухом, чтобы речь была ему нужна и интересна. «Надо создавать потребность в общечеловеческой речи — тогда появится и речь» (Л. С.Выготский).

А. Адлер выделял четыре вида компенсации любого нарушения — полная и неполная компенсация, сверхкомпенсация и мнимая компенсация (или уход в болезнь).

Неполная компенсация обуславливает возникновение комплекса неполноценности, изменяет жизненный стиль ребенка, делая его тревожным, неуверенным в себе, завистливым, конформным и напряженным. Невозможность преодолеть свои дефекты, особенно физические, часто ведет к мнимой компенсации, при которой ребенок (а позднее - взрослый человек) начинает спекулировать своими недостатками, пытаясь вызвать сочувствие к себе и извлечь из этого привилегии. Такой вид компенсации порочен: он останавливает личностный рост, формирует неадекватную, завистливую, эгоистичную личность.

В случае сверхкомпенсации у детей с неразвитым чувством общности стремление к самосовершенствованию трансформируется в невротический комплекс власти, доминирования и господства. Такие личности используют свои знания для приобретения власти над людьми, их порабощения, думая лишь о своих выгодах, что приводит к отклонению от социально ценных норм поведения.

При развитом чувстве общности дети с неполной компенсацией меньше чувствуют свою ущербность, так как для них оказывается возможным компенсироваться за счет других людей, в основном сверстников, от которых они не чувствуют отгороженности. Это особенно важно при физических дефектах, которые часто не дают возможности полной компенсации и тем самым служат причиной изоляции ребенка, останавливают его личностный рост. В случае сверхкомпенсации человек с развитым чувством общности старается обратить свои знания и умения на пользу людям, его стремление к превосходству не превращается в агрессию, слабость оборачивается силой.

Стремясь преодолеть чувство неполноценности и самоутвердиться, человек актуализирует свои творческие возможности. По мнению Л. С. Выготского, А. Адлер вывел психологический закон превращения органической неполноценности через субъективное чувство малоценности, которое является оценкой своей социальной позиции, в стремление к компенсации и сверхкомпенсации.

Идея сверхкомпенсации ценна тем, что «оценивает положительно не страдание само по себе, а его преодоление; не смирение перед дефектом, а бунт против него; не слабость самое по себе, а заключенные в ней импульсы и источники силы» (*Выготский Л. С.*). Сверхкомпенсация — это только крайняя точка одного из двух возможных исходов процесса компенсации, один из полюсов осложненного дефектом развития. Другой полюс — неудача компенсации, бегство в болезнь, невроз, полная асоциальность психологической позиции. Между этими двумя полюсами расположены все возможные степени компенсации — от min до max.

В теории компенсации психических функций Л. С. Выготского можно выделить ряд важных положений.

Первое. Л. С. Выготский придавал большое значение включению детей с нарушениями психического развития в разнообразную социально значимую деятельность, созданию активных и действенных форм детского опыта. Так, у глухого человека зрение играет иную роль, чем у человека с сохранными органами чувств, так

как оно должно содействовать восприятию и переработке огромного количества информации, которую глухой другим путем получить не может. Сущность работы с детьми, имеющими недостатки слуха, заключается не столько в развитии у них оставшихся органов восприятия, сколько в создании активных, действенных форм детского опыта.

Второе. Л. С. Выготский ввел понятие о структуре дефекта, о системном характере нарушений. Это положение является ключевым при организации необходимых условий обучения и воспитания, условий, способствующих успешной компенсации.

Своеобразие структуры психического развития глухого ребенка можно представить в следующем виде: первичный дефект — нарушение слуха, вторичное отклонение — нарушения в развитии речи или отставание в нем, отклонения третьего порядка — своеобразное развитие всех познавательных процессов — восприятия, памяти, воображения, мышления, отклонения четвертого порядка — нарушения в развитии личности.

Третье. Л. С. Выготский сформулировал положение о связи задач общего воспитания и специальных методик, подчинение специального воспитания социальному, их взаимозависимость. Например, при нарушении слуха обучение детей устной речи становится не только специальным вопросом методики формирования ее артикуляции, но и центральным вопросом сурдопедагогики. Глухота и даже незначительные нарушения слуха, по мнению Л. С. Выготского, оказываются для человека большим несчастьем, поскольку изолируют его от общения с другими людьми, препятствуют установлению социальных связей. Следует как можно раньше так организовать жизнь ребенка с нарушенным слухом, чтобы речь была ему нужна и интересна.

Четвертое. Основной путь к компенсации людей с различными нарушениями развития Л. С. Выготский видел во включении их в активную трудовую деятельность, которая обеспечивает возможность формирования высших форм сотрудничества. Включение людей с недостатками слуха в активную трудовую жизнь вместе со слышащими - вот главное направление компенсаторной работы.

Пятое. Глубокий научный и практический смысл имеет положение Л. С. Выготского о том, что «сама по себе слепота, глухота и тому подобные частные дефекты не делают еще носителя их дефективным». Поэтому говорящий глухой, участвующий в общей жизни и воспринимающий ее во всей полноте и многообразии, не будет сам ощу-

щать своей неполноценности и не даст для этого повода другим. При анализе теории А. Адлера Л. С. Выготский отрицательно оценивал спонтанность возникновения стремления к сверхкомпенсации. Положительной стороной идеи сверхкомпенсации он считал оценку не страдания, а усилий, направленных на его преодоление.

Положения Л. С. Выготского легли в основу выделенных В. В. Лебединским параметров, определяющих тип нарушения психического развития (дизонтогенез). В соответствии с этими параметрами психическое развитие лиц с недостатками слуха относится к *дефицитарному типу дизонтогенеза*. Рассмотрим его особенности по отдельным параметрам.

Первый параметр связан с функциональной локализацией нарушения и определяет его вид — общий дефект, связанный с нарушением регуляторных систем (корковых и подкорковых), или частный дефект, обусловленный недостаточностью отдельных функций. Поскольку нарушения в деятельности регуляторных систем в той или иной степени влияют на все аспекты психического развития, недостатки слуха как частные нарушения можно компенсировать из-за сохранности регуляторных или других частных систем в условиях адекватного обучения и воспитания.

Второй параметр — время поражения — обуславливает характер нарушения психического развития. Чем раньше произошло поражение (врожденная или рано приобретенная глухота), тем вероятнее явление недоразвития психических функций; при позднем возникновении нарушения возможны повреждения психических функций с распадом их структуры (в случае несвоевременного начала коррекционной работы у позднооглохших детей).

Поэтому у детей с недостатками слуха одни функции будут относительно сохранными (например, зрительное восприятие, вибрационная чувствительность), другие в разной степени задержанными (например, осязание, развитие движений).

Третий параметр вытекает из идеи Л. С. Выготского о системном строении нарушения и характеризует взаимоотношения между первичными и вторичными дефектами. Нарушение слуха как первичный дефект ведет к недоразвитию речи как психической функции, связанной с пострадавшей наиболее тесно, а также к замедлению развития других функций, связанных с пострадавшей опосредованно.

Четвертый параметр — нарушение межфункциональных взаимодействий. В психическом развитии ребенка выделяются такие типы взаимодействий психических

функций, как временная независимость функций, ассоциативные и иерархические связи. Временная независимость функций характерна для ранних этапов онтогенеза, например относительная независимость развития мышления и речи до двухлетнего возраста. У детей с недостатками слуха, особенно у ранооглохших, эта независимость в развитии мышления и речи может сохраняться намного дольше. С помощью ассоциативных связей разномодальные чувственные впечатления объединяются в одно целое на основе пространственно-временной близости (например, образ дома, времени года). Самый сложный — иерархический — тип взаимодействия обладает высокой пластичностью и устойчивостью, которые позволяют в случае необходимости произвести компенсаторную перестройку психической функции (Н. А. Бернштейн, 1966).

Перестройка и усложнение межфункциональных взаимодействий происходят в определенной последовательности, при этом каждая из психических функций имеет свой цикл развития, в котором чередуются периоды более быстрого и более медленного их формирования. У людей с недостатками слуха наблюдаются нарушения межфункциональных взаимодействий, возникновение диспропорций в психическом развитии, например несоразмерности в развитии наглядно-образного и словесно-логического мышления, формировании письменной и устной речи (И. М. Соловьев, 1971).

Понятие о сложных и множественных нарушениях. Этиология комплексных нарушений. Характеристики групп комплексных нарушений

Сложным нарушением называется сочетание двух первичных нарушения развития.

Множественным нарушением называется сочетание трех или более нарушений (первичных) выраженных в разной степени и приводящих к значительным отклонениям в развитии: например, умственно отсталые слабослышащие глухие дети.

В зависимости от структуры нарушения дети с сочетанными нарушениями разделяются на три основные группы.

В первую входят дети с двумя выраженными психофизическими нарушениями, каждое из которых может вызвать аномалию развития: слепоглухие дети, умственно отсталые глухие, слабослышащие с задержкой психического развития (первичной).

Во вторую - имеющие одно существенное психофизическое нарушение (ведущее) и сопутствующее ему другое нарушение, выраженное в слабой степени, но заметно

отягощающее ход развития: умственно отсталые дети с небольшим снижением слуха. В таких случаях говорят об «осложненном» дефекте.

В третью группу входят дети с так называемыми множественными нарушениями, когда имеется три или более нарушений (первичных), выраженных в разной степени и приводящих к значительным отклонениям в развитии ребенка: умственно отсталые слабовидящие глухие дети. К множественным дефектам, в частности, можно отнести и сочетание у одного ребенка целого ряда небольших нарушений, которые имеют отрицательный кумулятивный эффект, например при сочетании небольших нарушений моторики, зрения и слуха у ребенка может иметь место выраженное недоразвитие речи.

В группе сложных дефектов, как правило, преобладают врожденные формы патологии, имеющие в подавляющем большинстве случаев генетическое происхождение.

К экзогенным по происхождению заболеваниям, приводящим к сложному и множественному нарушению развития, относятся различные пренатально (внутриутробно), перинатально, постнатально, перенесенные заболевания. Наиболее известными таких внутриутробных заболеваний является краснуха, корь, туберкулез, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция и др., заболевания, такие как корь или скарлатина, тяжелый грипп, нейроинфекции в детском возрасте также могут привести к сложному нарушению развития у ребенка.

К сложному нарушению зрения и слуха с возрастом может привести тяжелый диабет и осложнение других соматических заболеваний.

Вирус краснухи, проникший от заболевшей матери через плаценту в плод, так же может вызвать множественные пороки развития ребенка.

Наибольший риск множественного поражения плода возникает при заболевании матери краснухой на ранних сроках беременности.

Считается, что примерно треть детей, перенесших краснуху в утробе матери, появляются на свет со сложными врожденными нарушениями.

Другим известным внутриутробным вирусным заболеванием, которое может привести к сложным нарушениям, является цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ), считающаяся наиболее распространенной среди всех врожденных инфекций. Заболевание часто протекает у матерей почти без видимых симптомов и подтверждается только после лабораторных исследований. В период новорожденности это заболевание проявляется у некоторых детей в виде затяжной желтухи, а в раннем детском возрасте —

в виде пневмоний, менингоэнцефалитов и других заболеваний. Как следствие этой врожденной инфекции у детей могут возникать нарушения как изолированные (врожденная косолапость, глухота, деформация нёба и микроцефалия), так и комплексные (глухота и нарушения зрения).

Цитомегаловирусная инфекция может стать причиной преждевременных родов и глубокой недоношенности ребенка. После того, как была успешно решена проблема профилактики внутриутробной краснухи, наиболее опасной инфекцией, могущей вызвать врожденные нарушения слуха у детей, считается ЦМВ.

Причинами врожденных нарушений зрения и слуха, нарушений зрения и умственной отсталости может стать заболевание матери токсоплазмозом, сифилисом и пр.

Нарушения развития могут проявляться различными сочетаниями, существует не менее 20 видов сложного дефекта. Это могут быть сочетания сенсорных, интеллектуальных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений, например, сочетания нарушений зрения и слуха (слепоглухота), зрения и системного нарушения речи, зрения и умственной отсталости, зрения и движений.

По выраженности сочетанных нарушений зрения и слуха детей можно разделить: на тотально или практически слепоглухих; на слепых слабослышащих; на слабовидящих глухих; слабовидящих слабослышащих.

Среди детей с таким сложным дефектом как нарушение зрения, можно выделить: слепых алаликов; слабовидящих алаликов; слепых детей с общим недоразвитием речи (ОНР) и т. д.

Детей с нарушением зрения и движений можно разделить: не передвигающихся самостоятельно слепых детей; слепых с остаточными явлениями ДЦП.

Глухих умственно отсталых детей можно разделить на: глухих с выраженной умственной отсталостью; глухих с легким отставанием в умственном развитии и т. д.

1.9.Тифлопсихология как наука о закономерностях психического развития людей с нарушением зрения

Тифлопсихология (от греческого *typhlos* – слепой) – самостоятельная отрасль психологической науки, в буквальном переводе психология слепых. Однако в настоящее время значение этого термина значительно расширилось, и тифлопсихология обозначает психологию не только слепых, но и слабовидящих.

Таким образом, объектом современной тифлопсихологии являются люди с нарушениями зрительных функций в диапазоне остроты зрения от 0 до 0.2 включительно на лучше видящем глазу, а также лица с резко суженным полем зрения (до 10 градусов).

Как любая наука, тифлопсихология имеет свой предмет изучения, которым является психика людей с глубокими нарушениями зрения (слепых и слабовидящих). Необходимо отметить, что на первых этапах развития тифлопсихологии предметом ее изучения являлась психика тотально слепых, В настоящее время акцент исследования перемещается на частично зрячих и слабовидящих. Это вызвано сокращением абсолютно слепых и увеличением числа слабовидящих.

Основными методологическими принципами тифлопсихологических исследований являются: детерминизм, единство сознания и деятельности, развитие психики в деятельности.

Основной задачей тифлопсихологии является изучение психики слепых и слабовидящих, раскрытие ее закономерностей. Эта задача должна решаться в целом ряде аспектов:

- раскрытие основных закономерностей развития и проявлений психики, присущих как нормально видящим, так и лицам с дефектами зрения;
- раскрытие специфических закономерностей психических явлений, свойственных только слепым и слабовидящим;
- установление зависимости развития и проявлений психики от степени и характера патологии зрения и времени возникновения дефекта;
- выявление путей и механизмов компенсации и коррекции вторичных отклонений.

Сложность изучения психики слепых и слабовидящих заключается в том, что у них весьма разнообразны характер заболевания и степень нарушения основных зрительных функций (острота зрения, поле зрения и др.). Большое значение для развития психики слепого имеет время наступления слепоты. Очевидно, что чем позже нарушаются

функции зрения, тем меньшим оказывается влияние аномального фактора на развитие и проявление различных сторон психики. Но вместе с тем изменяются, ограничиваются в связи с возрастным снижением пластичности и динамичности центральной нервной системы возможности компенсаторного приспособления.

Другой важнейшей задачей является теоретическое обоснование педагогических воздействий, то есть методов и средств обучения и воспитания детей с аномалиями зрительного анализатора.

Существенное значение тифлопсихология оказывает на развитие тифлотехники, так как знание психических особенностей лиц с дефектами зрения помогает создавать приборы, при помощи которых для инвалидов по зрению открываются новые каналы поступления информации из окружающего мира.

Тифлопсихология, оставаясь самостоятельной отраслью психологической науки, имеет широкие связи с рядом наук, в первую очередь с тифлопедагогикой и специальными методиками преподавания.

Изучение психики слепых и слабовидящих может быть успешным только в тесной связи с общей, возрастной и педагогической психологией. Целый ряд положений этих наук находит свое подтверждение в развитии и проявлениях психики слепых и слабовидящих.

Особое значение для тифлопсихологии имеет связь с рядом отраслей медицины, и в первую очередь с анатомией, физиологией и патологией высшей нервной деятельности.

Психология слепых и слабовидящих, так же как и общая психология, тесно связана с рядом общественных и естественных наук, и, прежде всего, с философией и социологией.

Развитие тифлопсихологии, как и всякой другой науки, возможно только при условии накопления все нового и нового фактического материала, ценность которого во многом зависит от используемых при этом методов.

Так же как и в общей психологии, тифлопсихология использует методы естественного и лабораторного эксперимента, наблюдение, интроспективный метод, психологический анализ продуктов деятельности, тестирование, анкетирование, интервьюирование, а также конкретные методики, определяемыми объектом и задачами исследования.

Проблема компенсации в тифлопсихологии

Дефект – это физический или психический недостаток, влекущий за собой отклонения от нормального развития. По своему происхождению дефекты делятся на две большие группы — врожденные и приобретенные.

Врожденные и приобретенные дефекты зрения (заболевания прозрачных и преломляющих сред, сетчатки, зрительного нерва, поражения зрительных зон мозга и т. д.) относятся к первичным соматическим дефектам. Эти аномалии в свою очередь вызывают вторичные функциональные отклонения (снижение остроты зрения, сужение или выпадение частей поля зрения, нарушение свето - или цветоощущения), которые оказывают отрицательное влияние на развитие ряда психических процессов: ощущений, восприятий, представлений и т. д. Таким образом, вторичные дефекты представляют собой целую цепь отклонений, в которой один функциональный дефект (например, снижение остроты зрения) влечет за собой другой (отклонения в процессе восприятия), а это приводит к нарушениям в области представлений и т. д.

Задачей коррекционно-компенсаторных мероприятий является воздействие на весь комплекс вторичных отклонений и на вызвавший их соматический дефект. Но компенсаторное приспособление при наличии таких тяжелых дефектов, как слепота или слабовидение, не может быть достаточно полным, восстанавливающим нормальную жизнедеятельность человека без вмешательства извне. Компенсация слепоты и слабовидения — явление биосоциальное, синтез действия биологических и социальных факторов.

Проблема компенсации дефектов зрения и обусловленных ими отклонений в психическом развитии является ключевой для психологии слепых и слабовидящих. Данное положение вытекает из основной задачи, стоящей перед тифлопсихологией, — необходимости выявления основных закономерностей развития психики при сужении сенсорной сферы и теоретического обоснования средств и кратчайших путей для формирования полноценной личности.

Компенсацию дефектов зрения и их последствий в самом широком значении, следует рассматривать как возмещение, преодоление тех отклонений в психическом развитии, которые провоцируются патологией зрения, как процесс перестройки психики и адаптации к новым условиям жизни.

Следует также иметь в виду, что дефект зрения неоднозначно влияет на отдельные структурные компоненты личности. Но на такие ведущие личностные свойства,

например мировоззрение, моральные черты характера и др., слепота и слабослышание и связанные с ними вторичные отклонения влияния оказать не могут.

Практика воспитания и обучения аномальных детей показывает, что ранняя педагогическая коррекция позволяет в значительной мере нейтрализовать отрицательное влияние первичного дефекта и, следовательно, облегчить и ускорить процесс социальной адаптации.

В основе сложного механизма компенсации лежит приспособление организма, регулируемое центральной нервной системой. Она заключается в восстановлении или замещении нарушенных или утраченных функций организма независимо от того, где находится повреждение. Чем тяжелее дефект, тем большее количество систем организма включается в процесс компенсации. Наиболее сложные функциональные перестройки наблюдаются при нарушениях центральной нервной системы, в том числе; анализаторов. Таким образом, от тяжести дефекта и зависит степень сложности механизмов компенсаторных явлений.

Ядром компенсации является центральная нервная система, а формирование ее механизма подчинено законам высшей нервной деятельности. Современная теория компенсации рассматривает эти явления в свете рефлексной теории И. П. Павлова. Эта теория, базирующаяся на трех основных принципах — причинности, единства анализа и синтеза и структурности, является естественнонаучной основой тифлопсихологии.

Тот факт, что организм функционирует как единое целое, весьма важен для объяснения компенсации дефекта. Именно благодаря динамической системности высшей нервной деятельности выпадение или частичное нарушение функций того или иного анализатора не вызывает ничем возмездных потерь. Взамен утраченного способа образования временных нервных связей в нервной системе протраются новые, обходные пути, формируются новые условно-рефлексные нервные связи, восстанавливающие нарушившееся равновесие во взаимоотношениях организма и среды.

Изменение внутрицентральных отношений сразу после потери зрения носит обычно патологический характер, что может проявляться, например, в ослаблении возбуждательного и тормозного процессов, приводящем к неадекватности поведения — повышенной раздражительности, эффективности или, напротив, апатичности. Однако со временем эти патологические явления исчезают.

Исследования выдающегося советского физиолога П. К. Анохина показали, что рефлекторный характер возникновения и протекания компенсаторных перестроек основан на принципах, общих для возмещения любого дефекта.

Компенсация является частным и особым случаем рефлекторной деятельности центральной нервной системы и потому, подчиняясь общим принципам, предложенным И. П. Павловым, в то же время имеет свою специфику.

Независимо от характера и локализации дефекта компенсаторное приспособление осуществляется по одной и той же схеме и подчиняется следующим принципам: сигнализации дефекта; прогрессивной мобилизации компенсаторных механизма; непрерывного обратного афферентирования компенсаторных приспособлений (принцип обратной связи); санкционирующей афферентации; относительной устойчивости компенсаторных приспособлений.

Выпадение или глубокие нарушения функций зрительного анализатора вызывают серьезные изменения внутрицентральных взаимоотношений. Общеизвестно, что процесс познания окружающей действительности начинается со ступени чувственного познания, когда отражение объективного мира обеспечивается работой анализаторных систем человека. Наиболее информативным из них является зрительный анализатор. Выпадение или серьезные нарушения в работе зрительного анализатора могут быть возмещены работой сохранных анализаторных систем (в случае слепоты в первую очередь осязанием) и функционированием сохранных познавательных процессов (мышление, память, речь и др.) Итак, процесс компенсации в тифлопсихологии рассматривается как процесс замещения утраченной функции или возмещения нарушенных зрительных функций.

Особенности формирования личности ребенка с нарушением зрения

Нарушение зрительных функций оказывают серьезное влияние на развитие личности в связи с той огромной ролью, которую играет зрение в жизни человека.

Психическое развитие слепого или слабовидящего ребенка имеет свои особенности.

· Во-первых, ряд психических процессов (ощущение, восприятие, представления) оказывается в прямой зависимости от глубины дефекта, а некоторые психические функции (цветоощущение, скорость восприятия, и др.) зависят также и от характера патологии;

- во-вторых, имеются психические процессы и состояния, на которые нарушение зрения оказывают опосредованное влияние(например, мышление, развитие которого до определенного момента зависит от нарушений в области восприятий и представлений);

- в-третьих имеются такие структурные компоненты психики, которые ни от глубины дефекта, ни от характера патологии зрения оказываются независимыми(мировоззрение, убеждения, темперамент, за исключением его внешних проявлений, моральные черты характера и т. д.).

Однако надо помнить, что никаких принципиальных различий в представлениях лиц с дефектами зрения и нормально видящих об окружающем мире не существует.

Формирование компонентов личности при нарушениях зрения.

В формировании основных компонентов личности на первый план выступают социальные факторы, действие которых оказывается относительно или полностью независимым от времени возникновения и глубины патологии зрения.

При формировании направленности личности, некоторых моральных, волевых, интеллектуальных черт характера дефекты зрения могут быть первопричиной отклонения их от нормы, затрудняя и сокращая общение ребенка со сверстниками и взрослыми, препятствуя накоплению индивидуального опыта. Такие отклонения как негативизм, внушаемость, эгоистичность, недоразвитие познавательных интересов, отмечаются многими учеными.

Центральное ядро личности, образующее те внутренние условия, через которые преломляются все внешние воздействия, обусловлено общественными отношениями, отражающимися во внутренних отношениях человека к миру вещей и людей.

При организации нормального общения слепого ребенка с людьми, при расширении его возможностей проникновения в окружающий мир формирование ядра личности должно протекать без каких бы то ни было отклонений. Иными словами, нарушение зрительных функций не является непреодолимым препятствием для формирования всесторонне развитой личности.

Своеобразие личностного развития и межличностных отношений у детей при дефектах зрения.

Первоначально в дошкольном возрасте межличностные отношения между слепыми и слабовидящими детьми в группах и коллективах складываются своеобразно и оказываются зависимыми от состояния зрения. Причем в наиболее неблагоприятном

положении оказываются тотально слепые. Это объясняется их меньшей мобильностью и активностью, меньшей коммуникабельностью и проявляется в том, что они получают наименьшее количество выборов, оказываясь в положении отвергаемых.

В среднем и старшем школьном возрасте зависимость отношений от состояния зрения не наблюдается. Это можно объяснить, во первых однородностью коллектива, во вторых, тем, что в это время изменяются ценностные ориентировки, и на первый план при выборе лидеров выступают морально-волевые, интеллектуальные качества членов коллектива.

Социально-психологические последствия дефектов зрения проявляются наиболее отчетливо тогда, когда инвалид по зрению попадает в смешанный коллектив, где трудятся или учатся слепые и зрячие. В этих новых условиях ограничение возможности воспринимать измерения в окружающей среде усложняют установление связей личностей со средой, вызывают затруднения в деловом свободном общении. Слепые становятся людьми, уходящими от контактов со зрячими, замкнутыми, ориентированными на свой внутренний мир.

Возрастные особенности психофизического развития у детей с нарушениями зрения

Ранняя сенсорная депривация снижает развитие зрительного восприятия, формирование образа, не отражает точно и дифференцированно качества изучаемого объекта, а также дефицит мотивационного внимания и негативность эмоциональной реактивности на воздействие извне. Нежелание получить новую информацию может привести к вторичной задержке психического развития ребенка.

Поскольку все младенцы с нарушением зрения имеют врожденную патологию зрительного аппарата, то есть раннюю сенсорную депривацию, то формирование психики такого ребенка по сравнению с нормально видящими отличается как по темпу развития, так и по качественным характеристикам. Однако наблюдения за развитием и поведением двух-трех месячного младенца с нарушением зрения свидетельствует о том, что его реакция и действия мало чем отличается от зрячего ровесника. Такое поведение свидетельствует о том, что первичные сенсорные реакции ребенка носят генерализованный характер. В связи с этим выпадение зрительных стимулов из комплексов раздражителей не наносит ущерба самому поведению малыша.

Примерно к двум-трем месяцам, когда у нормально видящих детей развиваются такие зрительные функции, как фиксация взора, первые попытки прослеживающих движений глаза, отсутствие или глубокое поражение зрения становится фактором, ограничивающим психическое развитие.

Ребенок с ослабленным зрением более чем нормально видящий, зависит от выбора, обработки, удержания в памяти и использования слуховой информации. Развитие у него, дифференцированного слухового образа относится к пяти-шестимесячному возрасту, когда малыш способен выделять и различать звуковые качества предметов, относить их к осязаемым объектам.

Выделение и дифференциация слуховых образов у детей с глубокими нарушениями зрения тесно связаны с движением. Формирование активного осязания как перцептивного действия наиболее часто проходит в результате манипуляций с предметами. Объективные свойства предметов, с которыми ребенок играет, формирует проприоцептивные сенсорные функции. Формирование двигательного аппарата младенца происходит одновременно с совершенствованием кожно-механических анализаторов. Отсутствие зависимости развития движений и манипуляций с ними от нарушений зрения в первые месяцы жизни способствует тому, что к трех-четырёхмесячному возрасту нерводвигательный аппарат ребенка с глубокими нарушениями зрения готов к гаптическому восприятию. Следовательно, именно эта модальность может стать базой, обеспечивающей создание осязательного поля, а именно к выделению и дифференцированию и слуховых восприятий, формированию слуховых образов предметного мира. Развитие дифференциации слуховых сигналов и формирование слухового восприятия способствует активности речевой деятельности.

В четыре-пять месяцев происходит значительный прогресс тактильной чувствительности и кинестезии, который связан с эволюцией двигательных рефлексов, на базе которых формируется сложная система движений, обеспечивающая манипуляции с предметами. Ребенок с нарушениями зрения из-за отсутствия согласующей движение функции начинает отставать в развитии координации рук, что ведет к задержке формирования мелких движений пальцев. Меньшая психическая активность младенца с нарушением зрения, связанная с отсутствием зрительных впечатлений, является фактором и условием, затрудняющим развитие его психики и ведущим к отставанию от зрячего. Процесс психического развития наиболее интенсивно происходит в ведущей для

каждого возраста деятельности. В раннем детстве такой деятельностью является общение с взрослым. У малыша с нарушением зрения общение затруднено. Своеобразная диспропорция психического развития дает возможность ребенку с нарушением зрения компенсировать недостатки, связанные с дефектом, опираясь на те психические образования, которые на этом этапе сформировались независимо от недуга. В возрасте до шести месяцев такими опорными моментами служат двигательная сфера, кинестетика, осязание и слух. Поэтому, расширение круга всевозможных раздражителей, возбуждающих слух, осязание, вкус, обоняние является необходимым условием развития и установления связей между различными объектами и действиями и готовит почву для формирования компенсации слепоты.

После шести месяцев жизни слепые дети начинают резко отставать в развитии движений от зрячих ровесников, хотя для локомоций период от года до двух лет является оптимальным, сензитивным.

Тормозящее влияние слепоты и слабовидения на развитие движений замедляет темпы их формирования, поэтому дети с глубокими нарушениями зрения еще длительное время оказываются несамостоятельными и зависимыми от взрослых в передвижении, а, следовательно, и недостаточно активными в познании окружающего мира. Формирование движений ребенка связано с его ознакомлением с пространством, с объектами, наполняющими его, то есть с созданием у малыша образов предметного мира и своих действиях.

У детей с нарушениями зрения, так же как и у нормально видящих, интенсивно формируются процессы восприятия и совершенствования предметной деятельности. Однако сама эта деятельность замедленна, а ее становление затягивается до трех-четырех лет из-за задержек развития двигательных компонентов. Специфика формирования предметных действий в раннем возрасте заключается в медленном темпе их развития. Первые специфические манипуляции появляются у слепых детей после двухлетнего возраста. К концу третьего года жизни еще не у всех сформировалась и стала ведущей предметная деятельность.

Общение продолжает играть активную роль в развитии слепого и в усвоении им социального опыта, служит важным мотивом совместной с взрослыми деятельности, а эмоциональная его сторона сочетается с формированием речи и овладения ею. Интенсивно развивающаяся речь ребенка является тем звеном, опираясь на которое

можно способствовать его психическому развитию. Процесс речевого общения позволяет ускорить формирование предметных действий, обозначая их словом, что дает возможность их совершенствования. Развитие же предметных действий, в свою очередь, ведет к улучшению сенсорной организации слепого, формированию его осязательных образов и восприятию других модальностей.

Сложные и серьезные задачи встают перед ребенком с нарушениями зрения в период дошкольного возраста, когда акцент развития переносится на самостоятельную активность, связанную с передвижениями в пространстве и коммуникациям со сверстниками не только с помощью речи, но и посредством совместного участия в общей деятельности. В это время психическое развитие детей с нарушениями зрения испытывает отрицательное влияние ограниченного запаса образов представлений и знаний, затруднения в осуществлении совместной предметной деятельности и в ориентировании и передвижении в пространстве. Эти вторичные нарушения приводят к замедлению темпа психического развития и к длительному пребыванию ребенка на качественно низком уровне по сравнению с нормально видящим.

Компенсаторная роль практической деятельности в развитии слепого ребенка раннего и дошкольного возраста состоит в том, что, основываясь на словесном подкреплении и мотивации общения, она способствует развитию основных процессов мышления, готовит более совершенные формы и способы решения стоящих перед детьми задач. Анализ различных видов деятельности слепых дошкольников показал, что в каждой из них формируются разнообразные компоненты компенсации слепоты. Так, манипуляции предметами обеспечивают развитие в первую очередь процессов восприятия. Перцептивные действия, достигая более высоких уровней в своем развитии, опираются на сенсорные эталоны. Изучение процессов овладения сенсорными эталонами слепыми и слабовидящими детьми показало, что оно осуществляется интеллектуальным путем (Л. И. Солнцева). Осязание незрячим ребенком предметного мира длительное время строится на выделении лишь отдельные признаки объекта, не образуя единого образа. Образ остается очень конкретным и фрагментарным. Этому соответствуют и перцептивные действия, не имеющие еще планомерности и целенаправленности. Лишь к концу дошкольного периода хаотичные осязательные обследования приобретают характер планомерных и целенаправленных.

Характеристика нарушений зрения у детей

К детям с нарушением зрения относятся:

- слепые (незрячие) с полным отсутствием зрения и дети с остаточным зрением, при котором его острота равна 0,05 и ниже на лучше видящем глазу;
- слабовидящие со снижением зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с очковой коррекцией;
- дети с косоглазием и амблиопией.

Слепота — наиболее резко выраженная степень утраты зрения, когда невозможно или сильно ограничено зрительное восприятие окружающего мира вследствие глубокой потери остроты центрального зрения или сужения поля зрения, или нарушения других зрительных функций. По степени сохранности остаточного зрения различают абсолютную (тотальную) и практическую слепоту. При абсолютной слепоте на оба глаза полностью выключены зрительные ощущения. При практической слепоте наблюдается остаточное зрение, при котором сохраняется светоощущение или форменное видение. Светоощущение позволяет отличать свет от тьмы. При остаточном форменном зрении имеется возможность фиксировать пальцы вблизи лица, воспринимать свет, цвет, контуры, силуэты предметов на близком расстоянии.

Остаточное зрение характеризуется:

неравнозначностью взаимодействия различных зрительных функций и несоответствием их параметров;

неустойчивостью зрительных возможностей и снижением скорости и качества переработки информации;

наступлением быстрого утомления из-за снижения функциональных возможностей зрения.

Слепота у детей бывает врожденной и приобретенной. Врожденная слепота чаще всего является следствием повреждений или заболеваний плода в период внутриутробного развития.

Слабовидение — это значительное снижение остроты зрения, при котором центральное зрение на лучше видящем глазу находится в пределах 0,05—0,2 или выше - 0,3 при использовании оптической коррекции. К слабовидящим относят и тех детей, острота зрения которых может быть и более высокой, если при это глазное заболевание прогрессирует.

Слабовидение характеризуется разнообразием нарушений зрительных функций, разным уровнем их сохранности и возможности взаимной компенсации, степенью выраженности патологии. В отличие от остаточного зрения слабовидение дает больше возможностей для использования зрительного анализатора как ведущего в познании окружающего мира. Это главная особенность, отличающая слабовидение от остаточного зрения.

Термин «косоглазие» объединяет различные по происхождению и локализации поражения зрительной и глазодвигательной систем, вызывающие периодическое или постоянное отклонение глазного яблока.

Косоглазие характеризуется постоянным или периодическим отклонением одного из глаз от совместной точки фиксации и нарушением функции бинокулярного зрения. В зависимости от того, куда отклонен глаз, наблюдается внутреннее, или сходящееся, и наружное, или расходящееся, косоглазие, а также косоглазие кверху и книзу. В ряде случаев может быть одновременно горизонтальное и вертикальное отклонение глаз.

Сходящееся косоглазие (глаз косит в сторону носа) встречается в 10 раз чаще, чем расходящееся. Оно в 70—80 % случаев сочетается с дальнозоркой рефракцией. Расходящееся косоглазие сопровождается примерно в 60% случаев близорукостью рефракцией. Есть основание полагать, что близорукость может быть одним из факторов, способствующих возникновению расходящегося косоглазия.

Косоглазие бывает односторонним (монолатеральным) - косит постоянно один глаз — и двусторонним (альтернирующим) — попеременно косят оба глаза. При альтернирующем косоглазии зрение, как правило, достаточно высокое и одинаковое в обоих глазах. Постоянное косоглазие сложнее альтернирующего (то косит, то не косит), так как при нем в результате постоянного отклонения одного глаза, при отсутствии фузии (слияния двух изображений) довольно быстро развивается амблиопия.

Нарушение слияния двух изображений в одно может возникнуть вследствие усиленной (при дальнозоркости) или ослабленной (при близорукости) аккомодации и связанной с ней конвергенции (сведение осей глаз). Такое косоглазие называется аккомодационным, а все другие формы содружественного косоглазия — неаккомодационными. При аккомодационном косоглазии в 25—40% случаев, ношение очков приводит к симметричному положению глаз. Неаккомодационное косоглазие требует длительного комплекса лечения, включая оперативное вмешательство. Успех в

этом случае зависит от времени выявления косоглазия, степени амблиопии и начала восстановительного лечения. Чем раньше оно начато, тем больше возможностей для получения положительных результатов.

Термином «амблиопия» обозначают такие формы поражения зрения, которые не имеют видимой анатомической или рефракционной основы. Наиболее частой причиной амблиопии у детей бывает косоглазие, или страбизм, — не параллельность оптических осей глаза, при этом в 85—90 % случаев косоглазия наблюдается разная степень снижения зрения, т. е. появление амблиопии. В зависимости от степени понижения остроты зрения различают амблиопию слабой (острота зрения 0,8—0,4), средней (острота зрения 0,3—0,2), высокой (острота зрения 0,1—0,05) и очень высокой (острота зрения 0,04 и ниже) степени.

Различают следующие виды амблиопии: дисбинокулярная, об-скурационная, рефракционная, истерическая. Понимание структуры зрительного дефекта позволяет организовать не только соответствующую медицинскую помощь, но правильно осуществлять психолого-педагогическую коррекционную работу.

1.10. Синдром раннего детского аутизма

Синдром раннего детского аутизма (РДА) как специфическое нарушение развития. Этиология РДА

Синдром раннего детского аутизма в сферу научных исследований отечественной дефектологии включен в последние три десятилетия. Речь идет о детях с особой, недостаточно ясной патологией нервной системы генетического или экзогенного (внутриутробные и постнатальные поражения головного мозга) происхождения, при которой затруднено формирование эмоциональных контактов ребенка с внешним миром и прежде всего — с человеком. Отсутствие общения, возникающее с раннего детства, искажает ход всего психического развития ребенка, грубо препятствует его социальной адаптации.

Высокая частота РДА (12—15 на 10000 детей) указывает на социальную значимость этой проблемы. Но несмотря на то, что со времени первого описания РДА прошло почти полвека (Б. Каппег, 1943), проблемы этой аномалии развития еще далеки от разрешения. В нашей стране, где долгие годы РДА традиционно рассматривался в рамках прогрессивного шизофренического процесса, задачи его ранней дифференциальной диагностики от других аномалий развития, разработки системы психолого-педагогической коррекции вообще считались неактуальными.

В 1977 году при НИИ дефектологии АПН СССР была впервые создана специальная экспериментальная группа по комплексной коррекции РДА, в которой совместно работают врачи, психологи и педагоги-дефектологи.

Основной ее целью является разработка системы клинико-психолого-педагогической коррекции РДА. Решению этой проблемы способствовали проведенные нами исследования по выделению критериев максимально ранней, на 1—2 году жизни диагностики РДА; разграничению его клинико-психологических вариантов; определению критериев ранней дифференциации с другими аномалиями развития, имеющими сходную симптоматику; выделению патогенетических механизмов, имеющих значение для построения системы коррекции.

Отдельные профессиональные описания как детей с аутистическими нарушениями психического развития, так и попыток врачебной и педагогической работы с ними стали появляться еще в прошлом столетии. Так, судя по ряду признаков, знаменитый Виктор,

«дикий мальчик», найденный в начале прошлого столетия недалеко от французского города Аверона, был аутичным ребенком. С попытки его социализации, коррекционного обучения, предпринятой доктором Э. М. Итаром, и началось, собственно, развитие современной специальной педагогики.

В 1943 г. американский клиницист Л. Каннер, обобщив наблюдения 11 случаев, впервые сделал заключение о существовании особого клинического синдрома с типичным нарушением психического развития, назвав его «синдром раннего детского аутизма». Доктор Каннер не только описал сам синдром, но и выделил наиболее характерные черты его клинической картины. На это исследование в основном опираются и современные критерии этого синдрома, получившего впоследствии; второе название — «синдром Каннера».

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 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 поли-этиологию (множественность причин возникновения) синдрома раннего детского аутизма и его полинозологию (проявление в рамках разных патологий).

Безусловно, действие различных патологических агентов вносит индивидуальные черты в картину синдрома. В разных случаях аутизм может быть связан с нарушениями

умственного развития различной степени, более или менее грубым недоразвитием речи; эмоциональные расстройства и проблемы общения могут иметь различные оттенки.

Таким образом, (по О. С. Никольской) **детский аутизм** – это особое нарушение психического развития. Наиболее ярким его проявлением является нарушение развития социального взаимодействия, коммуникации с другими людьми, что не может быть объяснено просто сниженным уровнем когнитивного развития ребенка. Другая характерная особенность – стереотипность в поведении, проявляющаяся в стремлении сохранить привычные условия жизни, сопротивлении малейшим попыткам изменить что-либо в окружающем, в собственных стереотипных интересах и стереотипных действиях ребенка, в пристрастии его к одним и тем же объектам.

Дифференциальная диагностика РДА

Приведенные ниже данные получены К. С. Лебединской на основании сравнения ранних признаков РДА с симптоматикой многочисленной нервно-психической патологии раннего детского возраста, наблюдаемой ей в течение сорокалетней клинической практики и нередко имеющей определенное сходство с проявлениями РДА.

Проблема дифференциальной диагностики РДА представляет большую актуальность. У 82% наблюдаемых ею 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.

Дифференциация с умственной отсталостью и ЗПР. При тяжелых формах РДА, осложненных (либо обусловленных) церебрально-органической недостаточностью, может формироваться и умственная отсталость. Кроме того, в неблагоприятных условиях среды интеллектуальное недоразвитие аутичного ребенка может быть обусловлено «наложением на его аутистическую самоизоляцию явлений социальной депривации. При этих двух вариантах речь идет о так называемом «олигофреническом плюсе». Но относительно часты и случаи, когда постановка вопроса о дифференциации РДА с умственной отсталостью и ЗПР правомерна. Это те достаточно многочисленные наблюдения, когда ошибочное впечатление умственной отсталости и ЗПР создается самими аутистическими особенностями поведения и деятельности. Сходство со 2-й группой РДА проявляется в трудностях привлечения внимания, сложностях обучения

бытовым навыкам, в манипулятивности игры, неразвернутости речи, задержке в развитии тонкой моторики. Сходство с 4-й группой РДА — в пассивности, безынициативности, бедности речи, слабости психической активности. Различие: при умственной отсталости и церебрально-органической ЗПР сохраняются зрительный контакт, стремление к общению вообще; витальные потребности нередко усилены. Отсутствуют типичные для РДА особенности речи, интерес к знаку, эмоциональная хрупкость. Нет явной разницы интеллектуальной продуктивности в привычной среде и вне ее.

Дифференциация с органической деменцией. Сходство с 1-й группой РДА проявляется в распаде целенаправленной деятельности с потерей речи, навыков, появлением полевого поведения, а также двигательных стереотипии; возникновении патологии после инфекции, травмы ЦНС. Различие: при органической деменции — отсутствуют грубые нарушения контакта, чаще резко усилены витальные потребности, распад речи — чаще по типу афазии, двигательные стереотипии — чаще по типу органических персевераций; типично появление неврологической симптоматики.

Дифференциация с первичными нарушениями речи (сенсорной и моторной алалией, дизартрией). Сходство этих нарушений речи с 1-й и 2-й группой РДА — в «непонимании» речи окружающих, невыполнении словесных инструкций, отсутствии речи; с 4-й группой РДА — в невнятности произношения, частых запинках. Различие: при органическом недоразвитии речи — сохранность невербальных коммуникаций (жестов, мимики), зрительного контакта, наличие возгласов с целью привлечь внимание; отсутствие разницы в «понимании» речи и внятности произношения в аффективно индифферентных или значимых для ребенка ситуациях, «прорывов» в аффекте слов или фраз, а также эффективность логопедического вмешательства.

Дифференциация с невропатией. Ее сходство с 4-й группой РДА проявляется в слабости физического тонуса, чувствительности к перемене обстановки, нередкой тормозимости и ранимости в контактах, неустойчивости настроения, а также наличии двигательных стереотипии. Различие: при невропатии имеется стремление к контактам, двигательные стереотипии носят характер тиков; отрицательное отношение к перемене обстановки возникает обычно в объективно неблагоприятной ситуации; имеется способность имитации, отсутствуют типичные для РДА особенности моторики, речи, восприятия.

Дифференциация с остаточными явлениями раннего органического поражения ЦНС. Сходство со 2-й группой РДА проявляется в психомоторной расторможенности, импульсивности, негативизме, нарушениях внимания, наличии судорожных припадков. Сходство с 3-й группой РДА — в агрессивности, патологии влечений, склонности (при гидроцефалии) к рассуждательству, речевым штампам. Сходство с 4-й группой РДА — в истощаемости. Различие: при церебрально-органической резидуальной патологии сохранено стремление к контакту, в расторможенности движений отсутствуют компоненты манерности, вычурности, в речи нет неологизмов, отставленных эхолалий. Следует, однако, отметить, что ряд из этих дифференциально-диагностических различий не может быть использован при органических формах РДА, характеризующихся сочетанием аутистической и церебрально-органической симптоматикой.

Дифференциация с глухотой. Внешнее сходство глухоты с 1-й и 2-й группами РДА — в отсутствии отклика на обращение, оборачивания на источник звука. Различие: в данных объективной аудиометрии; при глухоте — отсутствии реакции на звук, голос и в аффективно значимой ситуации, отсутствии слежения за движениями губ собеседника.

Дифференциация с детским церебральным параличом (ДЦП). Сходство со 2-й, реже с 4-й группой РДА в наличии мышечного гипо- и гипертонуса, запаздыванием формирования моторики, нарушениях плавности, синхронизации движений (в том числе — мимических), их силы, точности; двигательных стереотипиях, диз-артрических расстройствах; нарушениях моторных действий с предметами, в том числе — в игре; наличие симбиотической связи с матерью; психической тормозимости, страхов, боязни нового; отставании в психическом развитии, а также нередкости вторичных аутистических проявлений. Различие: для ДЦП характерны отсутствие эффекта от кратковременного массажа; нарастание затруднений в движениях и речи по мере усиления аффективного к ним отношения; отсутствие вычурности, манерности движений. В симбиозе с матерью больше выступает компонент физической зависимости. Сохранен визуальный контакт. Страхи преимущественно адекватно замкнуты на физическую беспомощность. Психическая тормозимость связана с реальными трудностями, выраженными церебрастеническими явлениями. Нарушения эмоционального развития — чаще по типу «органического инфантилизма»: сочетании недостаточной дифференцированности эмоций с их определенной инертностью и монотонностью. Часто наблюдаются черты эгоцентризма, обусловленного гиперопекой.

Характерна постепенность формирования аутистических черт именно как вторичных, обусловленных псевдокомпенсаторным уходом от реальных трудностей. Большое значение имеет массивность и специфика неврологической симптоматики.

Клинико-психологическая характеристика детей с РДА

Наиболее яркими внешними проявлениями синдрома детского аутизма, обобщенными в клинических критериях, являются:

— *аутизм* как таковой, т. е. предельное, «экстремальное» одиночество ребенка, снижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию. Характерны трудности установления; глазного контакта, взаимодействия взглядом, мимикой, жестом, интонацией. Обычны сложности в выражении, ребенком своих эмоциональных состояний и понимании им состояний других людей. Трудности контакта, установления эмоциональных связей проявляются даже в отношениях с близкими, но в наибольшей мере аутизм нарушает; развитие отношений со сверстниками;

— *стереотипность в поведении*, связанная с напряженным стремлением сохранить постоянные, привычные условия жизни; сопротивление малейшим изменениям в обстановке, порядке жизни, страх перед ними; поглощенность однообразными действиями — моторными и речевыми: раскачивание, потряхивание и взмахивание руками, прыжки, повторение одних и тех же звуков, слов, фраз; пристрастие к одним и тем же предметам, одним и тем же манипуляциям с ними: трясению, постукиванию, разрыванию, верчению; захваченность стереотипными интересами, одной и той же игрой, одной темой в рисовании, разговоре;

- *особая характерная задержка и нарушение развития речи*, прежде всего — ее коммуникативной функции. В одной трети, а по некоторым данным даже в половине случаев это может проявляться как мутизм (отсутствие целенаправленного использования речи для коммуникации; при котором сохраняется возможность случайного произнесения отдельных слов и даже фраз). Когда же устойчивые речевые формы развиваются, они тоже не используются для коммуникации: так, ребенок может увлеченно декламировать одни и те же стихотворения, но не обращаться за помощью к родителям даже в самых необходимых случаях. Характерны эхолалии (немедленные или задержанные повторения услышанных слов или фраз), длительное отставание в способности правильно использовать в речи личные местоимения: ребенок может

называть себя «ты», «он», по имени, обозначать свои нужды безличными приказами («накрыть», «дать пить» и т. д.)- Даже если такой ребенок формально имеет хорошо развитую речь с большим словарным запасом, развернутой «взрослой» фразой, то она тоже носит характер штампованности, «попугайности», «фонографичности». Он не задает вопросов сам и может не отвечать на обращения к нему, т. е. избегает речевого взаимодействия как такового. Характерно, что речевые нарушения проявляются в контексте более общих нарушений коммуникации: ребенок практически не использует также мимику и жесты. Кроме того, обращают на себя внимание необычный темп, ритм, мелодика, интонации речи;

— *раннее проявление указанных расстройств* (по крайней мере, до 2,5 года), что подчеркивал уже доктор Каннер. При этом, по мнению специалистов, речь идет не о регрессе, а скорее об особом раннем нарушении психического развития ребенка.

Нарушение развития системы аффективной организации сознания и поведения у детей с аутизмом

Специалист, работающий с аутичным ребенком, должен представлять себе логику развития этого нарушения, очередность появления проблем, особенности поведения ребенка. Именно понимание психологической картины в целом позволяет специалисту работать не только над отдельными ситуативными трудностями, но и над нормализацией самого хода психического развития.

Нарушение развития системы аффективной организации сознания и поведения у детей с аутизмом связано с биологической недостаточностью, которая в свою очередь создает особые **патологические условия**, в которых живет, развивается и к которым вынужденно приспосабливается аутичный ребенок. Со дня его рождения проявляется типичное сочетание двух патогенных факторов:

- нарушение возможности активно взаимодействовать со средой;
- снижение порога аффективного дискомфорта в контактах с миром.

Первый фактор дает о себе знать и через снижение жизненного тонуса, и через трудности в организации активных отношений с миром. Сначала он может проявиться как общая вялость ребенка, который никого не беспокоит, не требует к себе внимания, не просит есть или сменить пеленку. Чуть позже, когда ребенок начнет ходить, аномальным оказывается распределение его активности: он «то бежит, то лежит».

Уже очень рано такие дети удивляют отсутствием живого любопытства, интереса к новому; они не исследуют окружающую среду; любое препятствие, малейшая помеха тормозят их активность и заставляют отказаться от осуществления намерения. Однако наибольший дискомфорт такой ребенок испытывает при попытке целенаправленно сосредоточить его внимание, произвольно организовать его поведение.

Экспериментальные данные свидетельствуют, что особый стиль отношений аутичного ребенка с миром проявляется, прежде всего, в ситуациях, требующих с его стороны активной избирательности: отбор, группировка, переработка информации оказываются для него наиболее трудным делом. Он склонен воспринимать информацию, как бы пассивно впечатывая ее в себя целыми блоками. Воспринятые блоки информации хранятся непереработанными и используются в той же самой, пассивно воспринятой извне форме. В частности, так ребенок усваивает готовые словесные штампы и использует их в своей речи. Таким же образом овладевает он и другими навыками, намертво связывая их с одной-единственной ситуацией, в которой они были восприняты, и не применяя в другой.

Второй фактор (снижение порога дискомфорта в контактах с миром) проявляет себя не только как часто наблюдаемая болезненная реакция на обычные звук, свет, цвет или прикосновение (особенно характерна такая реакция в младенчестве), но и как повышенная чувствительность, ранимость при контакте с другим человеком. Мы уже упоминали о том, что общение глазами с аутичным ребенком возможно только в течение очень короткого промежутка времени; более продолжительное взаимодействие даже с близкими людьми вызывает у него дискомфорт. Вообще, для такого ребенка обычны малая выносливость в общении с миром, быстрое и болезненно переживаемое пресыщение даже приятными контактами со средой. Важно отметить, что для большинства таких детей характерна не только повышенная ранимость, но и тенденция надолго фиксироваться на неприятных впечатлениях, формировать жесткую отрицательную избирательность в контактах, создавать целую систему страхов, запретов, всевозможных ограничений.

Оба указанных фактора действуют в одном направлении, препятствуя развитию активного взаимодействия со средой и создавая предпосылки для усиления самозащиты.

Аутизм развивается не только потому, что ребенок раним и мало вынослив в эмоциональном отношении. Стремление ограничивать взаимодействие даже с близкими

людьми связано с тем, что именно они требуют от ребенка наибольшей активности, а как раз это требование он выполнить не может.

Здесь нельзя разделить аффективную и когнитивную составляющие: это один узел проблем. Искажение развития когнитивных психических функций является следствием нарушений в аффективной сфере. Эти нарушения приводят к деформации основных механизмов аффективной организации поведения — тех механизмов, которые позволяют каждому нормальному ребенку устанавливать оптимальную индивидуальную дистанцию в отношениях с миром, определять свои потребности и привычки, осваивать неизвестное, преодолевать препятствия, выстраивать активный и гибкий диалог со средой, устанавливать эмоциональный контакт с людьми и произвольно организовывать свое поведение.

У аутичного ребенка страдает развитие механизмов, определяющих активное взаимодействие с миром, и одновременно форсируется патологическое развитие механизмов защиты:

- вместо установления гибкой дистанции, позволяющей и вступать в контакт со средой, и избегать дискомфортных впечатлений, фиксируется реакция ухода от направленных на него воздействий;

- вместо развития положительной избирательности, выработки богатого и разнообразного арсенала жизненных привычек, соответствующих потребностям ребенка, формируется и фиксируется отрицательная избирательность, т. е. в центре его внимания оказывается не то, что он любит, а то, чего не любит, не принимает, боится;

- вместо развития умений, позволяющих активно влиять на мир, т. е. обследовать ситуации, преодолевать препятствия, воспринимать каждый свой промах не как катастрофу, а как постановку новой адаптационной задачи, что собственно и открывает путь к интеллектуальному развитию, ребенок сосредоточивается на защите постоянства в окружающем микромире;

- вместо развития эмоционального контакта с близкими, дающего им возможность установить произвольный контроль над поведением ребенка, у него выстраивается система защиты от активного вмешательства близких в его жизнь. Он устанавливает максимальную дистанцию в контактах с ними, стремится удержать отношения в рамках стереотипов, используя близкого лишь как условие жизни, средство аутостимуляции. Связь ребенка с близкими проявляется прежде всего как страх их

потерять. Фиксируется симбиотическая связь, но не развивается настоящая эмоциональная привязанность, которая выражается в возможности сопереживать, жалеть, уступать, жертвовать своими интересами.

Столь тяжелые нарушения в аффективной сфере влекут за собой изменения в направлении развития высших психических функций ребенка. Они также становятся не столько средством активной адаптации к миру, сколько инструментом, применяемым для защиты и получения необходимых для аутостимуляции впечатлений.

В клубке поведенческих проблем трудно выделить самую значимую. Наиболее очевидная — активный негативизм, под которым понимается отказ ребенка делать что-либо вместе со взрослыми, уход от ситуации обучения, произвольной организации. Проявления негативизма могут сопровождаться усилением аутостимуляции, физическим сопротивлением, криком, агрессией, самоагрессией. Негативизм вырабатывается и закрепляется в результате непонимания трудностей ребенка, неправильно выбранного уровня взаимодействия с ним. Такие ошибки при отсутствии специального опыта почти неизбежны: близкие ориентируются на его высшие достижения, способности, которые он демонстрирует в русле аутостимуляции — в той области, в которой он ловок и сообразителен. Произвольно повторить свои достижения ребенок не может, но понять и принять это близким почти невозможно. Завышенные же требования рождают у него страх взаимодействия, разрушают существующие формы общения.

Клинико-психологическая классификация детей с РДА

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 свертормозимости ребенка окружающей его средой.

Как показали исследования, 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 мутичны. 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.

Скорее всего, 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 мутичными, 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 стереотипии: 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 *замещениями* 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 медикопсихолого-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 — невротизированные 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 ищут 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.

1.11. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, их обучение и воспитание

Изучение и обучение детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата как научная проблема

До 50-х годов в нашей стране дети-инвалиды с тяжелыми поражениями опорно-двигательного аппарата получали, в основном, медицинскую помощь и находились на учете в системе здравоохранения. В конце 50-х годов появились первые школы для детей с поражением опорно-двигательного аппарата в Москве и Ленинграде, в начале предназначавшиеся для детей, перенесших полиомиелит.

За многолетний период в Институте им. Г. И. Турнера в Ленинграде был накоплен огромный опыт не только ортопедо-хирургического лечения детей, но и лечебно-педагогической и психологической работы с детьми с церебральным параличом. В 1962 году на базе института была организована первая в СССР психологическая служба для детей с церебральным параличом под руководством доцента Р. Я. Абрамович-Лехтман. В 1968 году в клинике института было организовано отделение «Мать и дитя», где ребенок вместе с матерью мог находиться в течение трех месяцев и за этот период получал комплексное восстановительное лечение, с ним занимался психолог, логопед, специалист по лечебной физкультуре, а мать обучалась уходу за ребенком.

В конце 50-х годов в крупных городах страны стали появляться санатории и школы-интернаты для детей с нарушениями движений. Одним из первых специализированных учреждений для детей с ДЦП в Санкт-Петербурге стал санаторий Комарово, под руководством С. А. Бортфельд были разработаны оригинальные методы лечебной физкультуры для детей с ДЦП. В начале 70-х годов в Москве был открыт Всесоюзный Центр восстановительного лечения детей с ДЦП.

В настоящее время в России функционирует более 70 школ для детей с ДЦП, в которых обучается 9,0 тыс. воспитанников, а также специализированные детские сады и группы. По данным К. А. Семеновой на 10000 новорожденных в России приходится 34-42 ребенка (данные зависят от региона), страдающих такой формой и тяжестью поражения опорно-двигательного аппарата, которые не позволяют этим детям посещать обычные ДООУ и обучаться в общеобразовательной школе. Такие дети находятся в основном на индивидуальном обучении на дому.

В настоящее время проблемой изучения и обучения детей с ДЦН занимаются такие ученые, как И. И. Мамайчук, О. Г. Приходько, Л. М. Шипицына и др.

Несмотря на значительное число психолого-педагогических исследований по проблеме ДЦП не разработаны программы их дифференцированного обучения с учетом степени тяжести двигательного и интеллектуального нарушений.

Виды нарушений опорно-двигательного аппарата

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5 — 1% детей и могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей с такой патологией отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности. В зависимости от причины и времени действия вредных факторов отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата.

I. Заболевания нервной системы: детский церебральный паралич, полиомиелит.

II. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра, кривошея, косолапость и другие деформации стоп, аномалии развития позвоночника (сколиоз), недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кисти, артрогрипоз (врожденное уродство).

III. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:

- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей, полиартрит,
- заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит),
- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства больных детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Большинство детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата страдают церебральным параличом (89 %). Двигательные расстройства у них сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности, что связано с органическим поражением нервной системы. Очень часто отмечаются речевые нарушения, которые имеют органическую природу и усугубляются дефицитом общения. Потому эти больные помимо лечебной и социальной помощи нуждаются также в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Остальные,

как правило, не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности.

Психолого-педагогическая характеристика детей с ДЦП

Психолого-педагогическое изучение детей с церебральным параличом представляет существенные трудности в связи с многообразием проявлений нарушений двигательного, психического и речевого развития этих детей. Двигательные нарушения в сочетании с нарушениями зрения и слуха, неразборчивая речь затрудняют организацию обследования ребенка и ограничивают возможности применения экспериментальных методик и тестовых заданий.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Около 25 % детей имеют аномалии зрения. Часто встречается косоглазие, двоение в глазах, опущенное верхнее веко (птоз). Двигательная недостаточность мешает формированию зрительно-моторной координации. Такие особенности зрительного анализатора приводят к неполноценному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности.

При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора. У 20 —25% детей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетической форме

При всех формах церебрального паралича имеют место глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен астереогноз — невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, т. е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушено. Перцептивные расстройства у

больных детей связаны с недостаточностью кинестетического, зрительного и слухового восприятия, а также совместной их деятельности.

Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Чаще всего страдают отдельные корковые функции, т. е. характерна парциальность их нарушений. Прежде всего, отмечается недостаточность пространственных и временных представлений. У детей выражены нарушения схемы тела. Дошкольники с церебральным параличом с трудом усваивают понятия величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов, плохо дифференцируют сходные формы — круг и овал, квадрат и прямоугольник.

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений — замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у части детей имеет место умственная отсталость. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития, связанная как с ранним органическим поражением мозга, так и с условиями жизни.

Детский церебральный паралич как основное нарушение функций опорно-двигательного аппарата. Этиология ДЦП

Детский церебральный паралич (ДЦП) — это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. В среднем 6 из 1000 новорожденных страдают церебральным параличом (от 5 до 9 в разных регионах страны). Только по Москве насчитывается около 4 тысяч таких детей.

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга — большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Ведущими в клинической картине детского

церебрального паралича являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом и под действием лечения состояние ребенка, как правило, улучшается.

Степень тяжести двигательных нарушений варьируется в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом — минимальные. Психические и речевые расстройства, так же как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические расстройства могут отсутствовать или быть минимальными и, наоборот, при легких двигательных нарушениях могут наблюдаться грубые психические и речевые расстройства.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом имеют различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т. д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

ДЦП возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробный (пренатальный) период, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в ранний постнатальный период). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придают сочетанию поражения мозга во внутриутробном периоде и в момент родов.

В настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что более 400 факторов способны оказать повреждающее действие на центральную нервную систему развивающегося плода. Это может произойти в любой момент беременности, но особенно опасно их действие в период до четырех месяцев внутриутробного развития, т. е. в период, когда интенсивно закладываются все органы и системы. К вредным факторам, неблагоприятно действующим на плод внутриутробно, относятся:

- инфекционные заболевания, перенесенные будущей матерью во время беременности (вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз);
- сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери;
- токсикозы беременности;
- физические травмы, ушибы плода;
- несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или группам крови.

Гемолитическая болезнь новорожденных может возникнуть в тех случаях, когда мать резус-отрицательна, отец — резус-положителен, а плод унаследовал резус-принадлежность от отца. В основе гемолитической болезни лежит разрушение (гемолиз) эритроцитов плода под влиянием резус-антител матери. Заболевание плода развивается в среднем у одной из 25 — 30 резус-отрицательных женщин. С каждой последующей беременностью вероятность резус-конфликта повышается;

- физические факторы (перегревание или переохлаждение; действие вибрации; облучение, в том числе и ультрафиолетовое в больших дозах);
- некоторые лекарственные препараты;
- экологическое неблагополучие (загрязненные отходами производства вода и воздух; содержание в продуктах питания большого количества нитратов, ядохимикатов, радионуклидов, различных синтетических добавок).

Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к расстройствам питания и кислородному голоданию плода (внутриутробной гипоксии). Действие родовой травмы обычно сочетается с асфиксией (патологическим состоянием организма, характеризующимся недостатком кислорода в крови и избыточным накоплением углекислоты, нарушением дыхания, сердечной деятельности). У детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть (отсутствие дыхания и сердечной деятельности), имеется высокая

степень риска для возникновения ДЦП. Недоношенный плод имеет повышенную склонность к асфиксии и родовой травме.

В настоящее время асфиксия и родовая травма часто рассматриваются как следствие действия уже имеющейся внутриутробной патологии. Реже причиной возникновения ДЦП может быть механическая родовая травма (применение щипцов, вакуум-экстрактора).

Детский церебральный паралич может возникать, и после рождения в результате перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалита), тяжелых ушибов головы, как осложнение после прививок на первом году жизни.

Итак, ДЦП — это полиэтиологическое заболевание мозга, которое возникает под влиянием действия различных вредных воздействий внутреннего и внешнего характера на организм эмбриона, плода или новорожденного. Часто имеет место сочетание различных вредоносных факторов.

Классификация форм ДЦП

В настоящее время в нашей стране принята классификация детского церебрального паралича К. А.Семеновой (1974—1978), которая очень удобна в практической работе врачей, логопедов, педагогов-дефектологов, психологов. В соответствии с современными представлениями о патогенезе заболевания эта классификация учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания — двигательные, речевые и психические, а также позволяет прогнозировать течение заболевания. Согласно этой классификации выделяют пять форм детского церебрального паралича: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма.

Спастическая диплегия. Спастическая диплегия — наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. Ею страдают более 50% больных церебральным параличом. В литературе ее иногда называют «болезнь Литтля», по имени врача, впервые описавшего ее в середине XIX в. При спастической диплегии поражены и руки, и ноги, причем нижние конечности затронуты в большей степени, чем верхние. Степень поражения рук различна — от выраженных парезов до минимальных нарушений в виде легкой моторной неловкости и нарушений тонких дифференцированных движений пальцев рук. Основным признаком спастической диплегии является повышение мышечного тонуса (спастичность) в конечностях, ограничение силы и объема движений

в сочетании с нередуцированными тоническими рефлексам. Повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает опорность стоп, осанку, затрудняет стояние и ходьбу. При развитии контрактур конечности могут «застывать» в неправильной позе, тогда передвижение и манипуляции становятся невозможными.

Тяжесть речевых, психических и двигательных расстройств варьирует в широких пределах. У 70 — 80% детей со спастической диплегией отмечают нарушения речи в форме спастико-паретической дизартрии, задержки речевого развития, реже — моторной алалии (К. А.Семенова, 1979, 1991; Е. М. Мастюкова, 1988). При раннем начале коррекционно-логопедической работы речевые расстройства наблюдаются реже, и степень их выраженности значительно меньшая.

Нарушения психики обнаруживаются у большинства детей. Наиболее часто они проявляются в виде задержки психического развития, которая может компенсироваться в дошкольном или младшем школьном возрасте под воздействием занятий по коррекции нарушений познавательной деятельности. Такие дети могут учиться в специальных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в средних общеобразовательных школах и на дому (по программе общеобразовательной школы). Часть детей имеют умственную отсталость разной степени тяжести. Эти дети обучаются по программе школы для умственно отсталых детей (школы VIII вида). Спастическая диплегия — прогностически благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций.

Двойная гемиплегия. Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и в ногах, либо руки поражены сильнее, чем ноги. Основные клинические проявления двойной гемиплегии — преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов. Установочные выпрямительные рефлексy совсем или почти не развиты. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функция рук практически не развивается.

У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико-ригидной дизартрии (речь полностью отсутствует либо больной произносит отдельные звуки, слоги или слова). Голосовые реакции скудные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (90%) отмечается выраженная умственная отсталость. Отсутствие мотивации к деятельности в значительной степени усугубляет тяжелые двигательные расстройства. Часто имеют место судороги (45 — 60%).

Прогноз двигательного, психического и речевого развития неблагоприятный. Самостоятельное передвижение невозможно. Некоторые дети с трудом овладевают навыком сидения, но даже в этом случае тяжелые отклонения в психическом развитии препятствуют их социальной адаптации. В большинстве случаев дети с двойной гемиплегией необучаемы. Тяжелый двигательный дефект рук, сниженная мотивация исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность. Диагноз «двойная гемиплегия» является основанием направления ребенка в учреждения Министерства социальной защиты в связи с невозможностью социальной адаптации.

Гемипаретическая форма. Эта форма характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. Правосторонний гемипарез в связи с поражением левого полушария наблюдается значительно чаще, чем левосторонний. По-видимому, левое полушарие при воздействии вредных факторов страдает в первую очередь как более молодое филогенетически, функции которого наиболее сложны и многообразны (К. А.Семенова, Л. О.Бадалян). В зависимости от локализации поражения при этой форме могут наблюдаться различные нарушения. При поражении левого полушария часто отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии, а также дислексия, дисграфия и нарушение функции счета. Каждое из этих расстройств может быть лишь частичным и проявляться только в трудностях освоения чтения, письма, счета. Поражение височных отделов левого полушария может сопровождаться нарушениями фонематического восприятия. При поражении правого полушария отмечается патология эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной уплощенности.

Патология речи отмечается у 30—40 % детей, чаще по типу спастико-паретической дизартрии или моторной алалии. Степень интеллектуальных нарушений варьиабельна от легкой задержки психического развития до грубого интеллектуального дефекта. Причем

снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений. Прогноз двигательного развития в большинстве случаев благоприятный при своевременно начатом и адекватном лечении. Практически все дети ходят самостоятельно. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки. Однако даже при выраженном ограничении функции руки, но сохранном интеллекте дети обучаются пользоваться ею. Обучаемость и уровень социальной адаптации детей с гемипаретической формой ДЦП во многом определяются не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации психических и речевых расстройств.

Гиперкинетическая форма ДЦП. Гиперкинетическая форма ДЦП связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору), а также кровоизлияние в область хвостатого тела, возникающее чаще в результате родовой травмы. Двигательные расстройства проявляются в виде произвольных насильственных движений — гиперкинезов. Первые проявления гиперкинезов начинают выявляться с 4—6 мес. в мышцах языка, и только к 10—18 мес. появляются в других частях тела, достигая максимального развития к 2 — 3 годам жизни. В период новорожденное отмечается сниженный мышечный тонус, позже гипотония постепенно сменяется дистонией. Гиперкинезы возникают произвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении и при попытках к выполнению любого двигательного акта. В покое гиперкинезы уменьшаются и практически полностью исчезают во время сна. Они могут охватывать мышцы лица, языка, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей.

При гиперкинетической форме произвольная моторика развивается с большим трудом. Дети длительное время не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Очень поздно (лишь к 2 — 4 годам) начинают держать голову, садиться. Еще более сложно освоить стояние и ходьбу. Чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4—7 лет, иногда позже. Походка у детей обычно толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте больным труднее, чем идти. Произвольные движения размашистые, дискоординированные; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма.

Речевые нарушения наблюдаются почти у всех детей, чаще в форме гиперкинетической дизартрии. У части детей (20 — 25%) имеют место нарушения слуха, особенно часто страдает высокотоновый слух; у 10—15% отмечаются судороги.

Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича, интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно. Нарушение психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25% детей (К. А.Семенова, 1991).

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов. Большинство детей обучается самостоятельно ходить, однако произвольные движения, в особенности тонкая моторика, в значительной степени нарушены.

Прогностически это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных расстройствах дети могут научиться писать, рисовать. Начальное обучение детей часто осуществляется на дому по общеобразовательной, реже по специальной (коррекционной) программе VIII вида. Затем, постепенно осваивая вертикальную установку тела и передвижение с поддержкой или без нее, 35 — 45% детей переходят в школы-интернаты для больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата или в массовые школы. Некоторые из них учатся в школе для умственно отсталых детей, что бывает обусловлено тяжелой речевой патологией и наличием гиперкинезов рук, не позволяющим освоить письмо. По окончании школы больные с этой формой ДЦП чаще, чем с другими формами заболевания, поступают в средние, а иногда и высшие учебные заведения, как правило, успешно заканчивают их и адаптируются к доступной трудовой деятельности.

Атонически-астатическая форма ДЦП. При данной форме церебрального паралича имеет место поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с поражением лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений).

На 1-м году жизни выявляются гипотония и задержка темпов психомоторного развития (затруднены или практически не развиваются контроль над положением головы, функции сидения, стояния и ходьбы). Функции хватания и манипулирования с

предметами формируются в более поздние сроки и сопровождаются выраженным тремором рук и расстройствами координации движений. Сидение формируется к 1 — 2 годам, стояние и ходьба — к 6 — 8 годам или позже. Длительное время двигательные функции остаются несовершенными. Ребенок стоит и ходит на широко расставленных ногах, походка неустойчивая, неуверенная, руки разведены в стороны, туловище совершает много избыточных качательных движений с целью сохранения равновесия, ребенок часто падает. Все движения неточны, несоразмерны, нарушены их синхронность и ритм. Расстройство координации тонких движений пальцев и дрожание рук затрудняют осуществление самообслуживания и овладение навыками рисования и письма. У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, атактической дизартрии; может иметь место алалия.

При атонически-астатической форме ДЦП могут быть интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Важную роль в структуре психического дефекта играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении только мозжечка дети малоинициативны, у многих проявляется страх падения; задержано формирование навыков чтения и письма. Если поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, не критичность к своему дефекту, расторможенность, агрессивность. В 55 % случаев (по данным К. А. Семеновой), помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с атонически-астатической формой ДЦП, имеет место тяжелая степень умственной отсталости. Такие дети направляются в учреждения Министерства социальной защиты, так как не могут овладеть навыками самообслуживания и школьными навыками.

Особенности познавательной деятельности с ДЦП

Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Проблеме психических нарушений у детей, страдающих церебральным параличом, посвящено значительное количество работ отечественных специалистов (Э. С. Калижнюк, Л. А. Данилова, Е. М. Мастюкова, И. Ю. Левченко, Е. И. Кириченко и др.).

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральным параличом резко задерживается. На этом фоне выявляются различные формы нарушения психики и, прежде всего, познавательной деятельности. Не существует четкой

взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений — например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП — с тяжелым недоразвитием отдельных психических функций или психики в целом.

Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей. К ним относятся:

1) неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций. Эта особенность связана с мозаичным характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при ДЦП;

2) выраженность астенических проявлений — повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением центральной нервной системы;

3) сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике. Это обусловлено следующими причинами:

- вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;

- затруднения в познании окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанные с проявлением двигательных и сенсорных расстройств.

Особенности эмоционально-личностной сферы дошкольников с ДЦП

У детей с церебральным параличом отмечаются нарушения личностного развития. Нарушения формирования личности при ДЦП связаны с действием многих факторов (биологических, психологических, социальных). Помимо реакции на осознание собственной неполноценности, имеет место социальная депривация и неправильное воспитание. Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию ребенка, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У детей с ДЦП отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и общением, стремление к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является неправильное, изнеживающее

воспитание больного ребенка и реакция на физический дефект. Достаточное интеллектуальное развитие у этих больных часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. У детей легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

При сниженном интеллекте особенности развития личности характеризуются низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражены состояния с чувством неполноценности, но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации.

Трудности социальной адаптации способствуют развитию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью. Важное значение в развитии личности при ДЦП придается формированию эмоционально-волевой активности.

Раздел 2. Коррекционная педагогика

2.1. Коррекционная педагогика в системе наук о человеке

Как научное понятие коррекционная педагогика в современной педагогической науке обрела официальный статус совсем недавно. Понятие «коррекционная педагогика» стоит наряду с такими понятиями, как «специальная педагогика», «специальная психология», «лечебная педагогика», «реабилитационная педагогика». Ранее существовало понятие «дефектология». Сейчас коррекционная педагогика заменяет данный термин. Коррекционная педагогика – это область специальных психолого-педагогических знаний о сущности и закономерностях образования и воспитания детей и подростков, имеющих нерезко выраженные недостатки в развитии психики и отклонения в поведении. Основной целью коррекционной педагогики является выявление и преодоление (исправление) недостатков в развитии личности ребенка, помощь ему в успешном освоении картины мира и адекватной интеграции в социум. **Объектом** коррекционной педагогики является личность ребенка, имеющего незначительные отклонения в психофизиологическом развитии (сенсорно-двигательной, соматической, интеллектуально-речевой сферах) или отклонения в поведении, затрудняющие его адекватную социализацию и школьную адаптацию. **Предметом** коррекционной педагогики – служит процесс дифференциации обучения, воспитания и развития детей с недостатками в развитии и отклонениями в поведении, определение наиболее результативных путей, способов и средств, направленных на своевременное выявление, предупреждение и преодоление отклонений в развитии и поведении у данных детей и подростков. Коррекционная педагогика призвана помочь в решении следующих задач:

1. Определить природу и сущность недостатков в развитии и отклонений в поведении детей и подростков, выявить причины и условия их появления.
2. Изучить историю становления и развития коррекционно-педагогической деятельности с детьми с недостатками в психофизическом развитии и девиациями в поведении.
3. Выявить ведущие тенденции в предупреждении и преодолении отклонений в развитии и поведении детей и подростков, этиологию (причинно-следственную обусловленность) психофизиологического развития и социально-педагогических условий жизнедеятельности ребенка.

4. Разработать технологии, совокупность методов, приемов и средств коррекционно-педагогического воздействия на личность ребенка с недостатками в развитии и отклонениями в поведении.

5. Провести анализ общего и специального образования детей с недостатками в развитии и поведении в условиях массовой школы.

6. Определить цели, задачи и основные направления деятельности специальных, коррекционно-развивающих учреждений и центров социальной защиты и реабилитации детей и подростков.

7. Создать необходимую учебно-методическую базу в подготовке учителя к коррекционно-педагогической работе с детьми и подростками с недостатками в психофизиологическом развитии и девиациями в поведении.

Коррекционная педагогика связана со всем блоком психолого-педагогических и специальных дисциплин (общей педагогикой, общей психологией), различными отраслями специальной педагогики (тифло-, сурдо-, олигофренопедагогикой, логопедией и др.), философией, социальной педагогикой, социальной психологией, социологией; рядом медицинских наук (педиатрией, психопатологией, психотерапией, детской психиатрией, невропатологией, патофизиологией, иммунологией, офтальмологией, отоларингологией и др.)

Становление и развитие коррекционной педагогики как науки.

Дефектологическая наука и коррекционно-педагогическая практика имеют богатый исторический опыт. За годы изучения аномальных детей, выявления природы и сущности их отклонений, организации коррекционной работы с ними сформировалась стройная система научных знаний об аномальных детях и истории развития специальных образовательных учреждений для детей с недостатками в развитии и поведении.

Исследователи, разрабатывающие теорию и практику коррекционной работы: в области сурдопедагогики (Н.М. Назарова); история воспитания и обучения у.о. детей (Х.С. Замский); история становления и развития воспитания трудновоспитуемых детей (А.В. Гаврилин), подготовка пед.кадров к работе с девиантными подростками в образовательных учреждениях (С.А. Завражин).

Коррекционная педагогика имеет четыре самостоятельных и взаимосвязанных аспекта: медико-клинический, психологический, педагогический и социологический.

Медико-клинический аспект раскрывает вопросы этиологии нарушений развития, анатомо-физиологические отклонения и симптомы, исследует способы клинического диагностирования дефектов, подходы к его классификации.

Психологический аспект устанавливает картину психических аномалий, раскрывает своеобразие интеллектуальной, эмоциональной сферы у детей с разнообразными психическими отклонениями, определяет симптомы отдельных форм того или иного дефекта.

Педагогический аспект рассматривает проблемы обучаемости детей с отклонениями в развитии и поведении, определяет принципы, методы и приемы педагогической коррекции дефекта.

Социологический аспект анализирует проблему с точки зрения социальной оценки существующего явления, зависимости ее от социально-экономических условий, социально-педагогических причин, влияния на нее характера и условий развития общества.

Отношение общества к детям с отклонениями в развитии и поведении, характеристика, оценка их развития в ходе исторической эволюции человеческого общества были неоднозначны. В зависимости от экономического развития общества, уровня развития его производительных сил, состояния образования, культуры, науки и здравоохранения, общественного сознания по-разному строилось взаимодействие окружающих с теми, кто имел дефект в развитии и поведении. История отношений формировалась от нетерпимости, жестокости к людям с отклонениями в развитии к созданию системы социально-педагогической помощи.

В эпоху античности и средневековья дети, рождающиеся с отклонениями в развитии, уничтожались.

В эпоху Возрождения формировались гуманистические тенденции в области медицины, философии и педагогике (Эразм Роттердамский, Ян Амос Коменский, Филипп Пинель, Ж.Э.Д. Эскироль).

Педагогический подход в деле помощи детям с недостатками в развитии и поведении формируется в конце XVIII – начале XIX в. (И.Г. Песталоцци, М. Монтессори).

Российская история коррекционной педагогики взаимосвязана с европейской дефектологической наукой, учитывает и использует ее обширный научный и практический опыт.

Наивысший этап в истории российской педагогики и специального образования связан с периодом с конца XIX – начала XX в. Вопросами обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии, проблемами педагогической коррекции отклонений в поведении занимались такие выдающиеся ученые-педагоги, психологи, медики, как Е.К. Грачева, Л.С. Выготский, В.П. Кащенко, Г.И. Россолимо, Г.Я. Трошин, А.Ф. Лазурский, А.В. Владимирский, Н.В. Чехов и др.

В 60-70-е гг. XX в. в области коррекционной педагогики были сделаны существенные шаги по активизации специальных исследований, разработке новых подходов в современной коррекционно-педагогической деятельности с детьми и подростками с недостатками в развитии и отклонениями в поведении (Г.Е. Сухарева, М.С. Певзнер и др.)

В последние годы проблема коррекционной педагогики значительно расширилась, захватив сферу не только специальных школ, но и специальных классов, отдельных групп детей в общеобразовательной школе. Проблеме неуспевающих и недисциплинированных детей и индивидуальному подходу были посвящены исследования психолога Л.С. Славиной (начало 60-х годов). Проблема дифференциации обучения аномальных детей и выделения среди них неуспевающих учащихся массовой школы с задержкой психического развития послужила предметом глубоких научных исследований Т.А. Власовой. Сегодня в связи с функционированием в общеобразовательных школах классов компенсирующего и коррекционно-развивающего обучения встал вопрос о дифференциации содержания обучения и характере воспитания учащихся этих классов (Г.Ф. Кумарина, С.Г. Шевченко). Вопросами школьной дезадаптации детей и подростков, отклоняющегося поведения несовершеннолетних, диагностированием этих явлений, предупреждением и психолого-педагогической коррекцией недостатков в развитии и поведении детей и подростков занимались С.А. Беличева, С.А. Бадмаев.

Таким образом, коррекционная педагогика наряду с сугубо дефектологическими проблемами, связанными с ярко выраженными аномалиями и дефектами, все чаще обращается к вопросам на стыке нормы и патологии, к тем детям, которые входят в

группу риска, которые уже как бы не являются объектом общей педагогики и психологии, но еще не стали и объектом специальной психологии и педагогики.

Психолого-педагогическая сущность коррекционно-педагогической деятельности.

Коррекционно-педагогическая деятельность – это сложное психофизиологическое и социально-педагогическое явление, охватывающее весь образовательный процесс (обучение, воспитание и развитие), выступающий как единая педагогическая система, куда входят объект и субъект педагогической деятельности, ее целевой, содержательный, операционно-деятельностный и оценочно-результативный компоненты.

Принципы коррекционно-педагогической деятельности:

Общепедагогические принципы:

1. пр-п целенаправленности педагогического процесса;
2. пр-п целостности и системности пед процесса;
3. пр-п гуманистической направленности пед процесса;
4. пр-п уважения к личности ребенка в сочетании с разумной требовательностью к нему;
5. пр-п опоры на положительное в человеке;
6. пр-п сознательности и активности личности в целостном пед процессе;
7. пр-п сочетания прямых и параллельных педагогических действий;

Принципы специальной коррекционно-педагогической деятельности

1. пр-п системности коррекционных, профилактических и развивающих задач;
2. пр-п единства диагностики и коррекции;
3. пр-п учета индивидуальных и возрастных особенностей ребенка;
4. деятельностный принцип коррекции;
5. пр-п комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности;
6. пр-п интеграции усилий ближайшего социального окружения;

Ведущие направления коррекционно-педагогической деятельности:

- коррекционное воздействие на ребенка средовыми факторами (природными, социальными), т.е. «терапия средой»;
- организация учебного процесса (его коррекционная направленность);
- специальный подбор культурно-массовых и оздоровительных мероприятий;

- психогигиена семейного воспитания.

Содержание коррекционно-педагогической деятельности:

- совершенствование достижений сенсомоторного развития;
- коррекция отдельных сторон психической деятельности;
- развитие основных мыслительных процессов;
- развитие различных видов мышления;
- коррекция нарушений в развитии эмоционально-личностной сферы;
- развитие речи, овладение техникой речи;
- расширение представлений об окружающем мире и обогащение словаря;
- коррекция индивидуальных пробелов в знаниях.

В коррекционно-педагогической работе с несовершеннолетними (подростками) с отклоняющимся поведением основные направления коррекционной деятельности следующие:

- нормализация и обогащение отношений с окружающим миром, прежде всего с педагогами и детским коллективом;
- компенсация пробелов и недостатков в духовном мире, усиление деятельности в той области, которую он любит, в которой может добиться хороших результатов (компенсация в области интересного дела, увлечения спортом, техникой, музыкой и др.);
- восстановление положительных качеств, которые получили незначительную деформацию (девиацию);
- постоянная стимуляция положительных качеств, не утративших социальной значимости;
- интенсификация положительного развития личности, формирование ведущих положительных качеств;
- усвоение и накопление социально ценного жизненного опыта, обогащение практической деятельности в различных сферах жизни;
- накопление навыков нравственного поведения, здоровых привычек и потребностей на основе организации деятельности учащихся по удовлетворению их интересов;
- исправление как преодоление отрицательного, т.е. ликвидация пробелов в формировании положительных качеств, искоренение отрицательных качеств и вредных привычек.

Коррекционно-педагогическая деятельность по устранению отклонений в развитии и поведении осуществляется на интегративной комплексной основе (диагностико-коррекционной деятельности, выявления и изучения природы и этиологии отклонения в развитии и поведении; преодоление дефекта; его профилактика, действия по формированию личности подростка с опорой на его положительные качества. В данном направлении коррекционно-педагогическая деятельность предусматривает координацию усилий школы, семьи и социума в решении задач предупреждения, преодоления недостатков в развитии и поведении детей и подростков.

2.2. Понятия «норма» и «аномалия» в психическом и личностном развитии ребенка. Возрастные и индивидуальные особенности детей с отклонениями в развитии и поведении. Причины и условия деформации личностного развития ребенка.

1. Понятие «аномалия» в переводе с греческого означает отклонение от нормы, от общей закономерности, неправильность в развитии.

Вопрос об аномалиях в развитии психических процессов, в поведении человека может рассматриваться только в контексте знаний о нормальных параметрах этих процессов и поведения. Проблема нормы и ее вариантов – одна из самых сложных в современной психологической науке. Она включает в себя такие вопросы, как норма реакции (моторной, сенсорной), норма когнитивных функций (восприятия, памяти, мышления и др.), норма регуляции, эмоциональная норма, норма личности и т.д. Сюда же относятся вопросы половых и возрастных различий. Одно из основных значений термина «норма» (лат. norma) – установленная мера, средняя величина чего-либо. Понятие нормы относительно постоянно. Его содержание зависит от культуры и существенно меняется со временем.

Проблема критериев нормы, нормального развития человека приобретает особую актуальность, в контексте коррекционно-развивающей деятельности, решения задач воспитания и перевоспитания. В практической психологии и педагогике сегодня существуют следующие понятия нормы: предметная норма; социально-возрастная норма; индивидуальная норма; нормы психического развития.

Возрастные и индивидуальные особенности детей с отклонениями в развитии и поведении.

Процесс становления детской личности сложен и противоречив. Личность ребенка «не только дана, но и задана», подчеркивал известный психолог и педагог В.В. Зеньковский. Личность ребенка индивидуальна и неповторима. Изменчивость – одна из важнейших черт детской личности, которая сказывается как в отдельных чертах, так и во всей личности.

Психологические трудности, временные эмоциональные расстройства и нарушения поведения, которые довольно часто встречаются у большинства детей, составляют неотъемлемую часть развития ребенка. Сами по себе эти расстройства не проблема, но иногда эти расстройства искажают процесс их нормального развития. Эти дети требуют особого внимания и помощи со стороны родителей, педагогов, психологов, врачей. Значительная часть нарушений детского поведения не имеет качественного отличия от нормы, по совокупности проявлений, может напоминать заболевание.

Обратимся к характеристике конкретных отклонений в отдельные возрастные периоды развития ребенка. В этой связи важен практический опыт педагогов, работающих в классах коррекции, компенсирующего обучения и т.д. В настоящий момент классы компенсирующего обучения, коррекционные классы стали реальностью. Здесь учатся дети группы риска, т.е. имеющие осложнения психического и личностного развития. При «сохранном» интеллекте (это может и нижняя граница нормы) эти школьники в той или иной степени обнаруживают названные выше особенности поведения. Что значительно осложняет их обучение.

Класс компенсирующего обучения. Для детей, которые обучаются в классах компенсирующего обучения, характерным является повышенная активность и высокая отвлекаемость, низкая работоспособность. Психическая незрелость сказывается на отношении детей к школьным занятиям, учителю, учебным задачам. Позиция ученика принимается ими с трудом, ведут себя на уроках вызывающе. Низкий уровень самостоятельности и отсутствие произвольности в управлении своим поведением создают значительные сложности в учебной деятельности. Дети класса отличаются повышенной тревожностью, самооценка у большинства неадекватно завышена.

Такие дети не способны к сотрудничеству, они часто ссорятся и вступают в драки по незначительному поводу, т.е. налицо высокая степень социальной дезадаптации. Класс выравнивания. Дети с низким уровнем развития психических функций: речи,

воображения, памяти, мышления. Эти трудности сопровождаются личностными и поведенческими нарушениями. Суть отклонений в каждом случае индивидуальна, но проявления нарушений имеют много общего.

Характерными для этого класса являются низкая познавательная активность, которая сочетается с быстрой утомляемостью и истощаемостью, приводит к потере работоспособности. Это мешает детям обучаться и развиваться. Дети с трудом удерживают в памяти условие задачи, забывают слова, допускают нелепые ошибки. Отвлекаемость внимания и неспособность к умственному сосредоточению – характерная их особенность.

Детский возраст. Наиболее типичные нарушения поведения детей:

1. упрямство – одно из ранних проявлений нарушения поведения. В клинической психологии упрямство связывается с внушаемостью. Благодаря

внушаемости ребенок трансформируется в социуме, делается человеком. Каждый ребенок проходит через несколько «возрастов упрямства».

Первый (между 2,5 – 3,5 годами). Ребенок становится капризным. Стремление воспитателей «переломить» может нанести непоправимый вред для развития личности ребенка, потому что ребенок начинает осознавать свое Я. Чтобы стать человеком он должен быть своевольным. Как быть? 1/3 настаивать на своем, 1/3 уступать, 1/3 отвлекать.

Второй (6-7 лет, иногда 8-9 лет). В это время нарастает объем требований в связи с поступлением в школу. В этот период он следует не тому примеру, который перед ним ставят, а тому, который он сам выбирает. Он выбирает того, кто интереснее, приятнее, проникновеннее.

Третье обострение упрямства (подростковый возраст) – период гормональной бури, когда максимальными становятся и внушаемость, и антивнушаемость. Подросток бурно стремится узнать мир и себя, примерить новые роли, испытать невероятное, проверить известное. Ему нужны трудности и ошибки, хочет сам делать свою судьбу, но и понять себя. Становится настоятельной потребность в уважении, доверии, принятии, любви.

Современные подростки отличаются некоторыми актуальными тенденциями. Одна из них состоит в принципиальной нерефлексивности жизненной позиции многих детей этого возраста, которое проявляется в том, что подросток как бы

растворяются в потоке жизни, не выделяя себя из нее. Наиболее ярко это проявляется в неформальных группах (Я заменяется на МЫ).

Другая тенденция характерна для подростков, которые не теряют своего Я, но это Я действующее, когда на первый план выходит ощущение своей способности что-то сделать, чего-либо добиться, проявить себя.

В этот период подросток меняется, претерпевает изменение его отношение к себе. Открытость, склонность к диалогу и даже потребность в нем сменяется стремлением закрыть свой внутренний мир.

Полноценное развитие личности ребенка в детстве связано с его эмоциональным развитием. Эмоциональная система обеспечивает регуляцию поведения и ориентировку в окружающем мире. Эмоции – это система «быстрого реагирования» на любые важные с точки зрения потребностей изменения внешней среды. Положительные эмоции повышают психическую активность, настраивают на решение той или иной задачи. Отрицательные эмоции снижают психический тонус и обуславливают пассивные способы защиты. Правда, такие эмоции как гнев, ярость, усиливают защитные возможности организма даже на физиологическом уровне. Исследования ученых показывают о разных уровнях активности и глубины аффектного контакта со средой.

Первый уровень – уровень полевой активности - обеспечивает общее равновесие организма со средой, состояние комфорта и безопасности в пространстве. Механизм, охраняющий человека от разрушающих воздействий и выводящий в состояние безопасности и комфорта, называют аффективным пресыщением. Этот феномен описал немецкий психолог Курт Левин. Пресыщение нарастает тем быстрее, тем более аффективно (эмоционально) заряжена ситуация, независимо от знака эмоции – положительного или отрицательного. Этот механизм реагирует только на интенсивность.

Первый уровень охраняет организм от перенапряжения. Поддерживать эмоциональное равновесие человека, снимать его эмоциональное напряжение помогает созерцание движение облаков, бликов воды и огня, улицы за окном, красивого пейзажа.

Второй уровень – уровень стереотипов – в большей мере определяет основы формирования эмоциональной индивидуальности человека, обеспечивает

избирательность и устойчивость аффективных впечатлений о мире, избирательно усиливает стенические состояния и противодействует развитию астенических.

Третий уровень аффективной организации поведения – уровень экспансии. Его механизм начинает осваиваться на первом году жизни ребенка и сохраняет свое значение позже. Он обеспечивает активную адаптацию организма к нестабильной ситуации, когда аффективные стереотипы поведения оказываются несостоятельными. Действие этого механизма проявляется в стремлении к преодолению опасности, препятствий, неизвестной опасной ситуации.

2.3. Классификация и виды отклонений в поведении детей и подростков

Классификация отклоняющегося поведения

Реакция протеста (оппозиции). Одна из наиболее частых реакций в подростковом возрасте. Это непостоянная и преходящая реакция, характеризующаяся избирательностью и направленностью. Чаще всего эта реакция возникает у подростка, когда в семье конфликтная обстановка, и эта реакция направлена против родителей, которые, по мнению подростка, виноваты перед ним. Протестные формы поведения возникают у подростков в ответ на обиду, ущемленное самолюбие, недовольство требованиями или отношениями близких. Причиной реакции протеста могут быть конфликты между родителями или их равнодушное отношение к подростку, несправедливое или болезненное для его самолюбия наказание, запрещение чего-либо, что значимо для подростка. Протестные реакции могут быть у подростков из-за чрезмерных претензий, предъявляемых родителями, когда они ставят перед ним непосильную задачу - в совершенстве овладеть иностранным языком, каким-либо видом спорта, музыкой и прочим, требуют примерного поведения, чтобы он стал отличником в школе или походил на кого-то из своих сверстников, а подросток не в состоянии соответствовать тому, чего ожидают от него родители. Реакции протеста подростки могут проявить и в школе, если учителя журят их за плохую успеваемость или какие-то проступки.

Реакции протеста бывают пассивными и активными. Пассивные реакции протеста - это замаскированная враждебность, недовольство, обида на взрослого, который вызвал такую реакцию подростка, утрата с ним прежнего эмоционального контакта, стремление избегать общения с ним. Реакции активного протеста могут проявляться в виде

непослушания, грубости, вызывающего и даже агрессивного поведения в ответ на конфликт, неправильные методы воспитания, наказания, упреки, оскорбления. Возникает психотравмирующая ситуация с отрицательно окрашенными переживаниями подростка. Протестная реакция направлена против тех лиц, которые явились источником его переживаний. Такие реакции сравнительно непродолжительны и свойственны подросткам с возбудимым типом акцентуации характера. Но у подростков с психопатией или с органическими заболеваниями головного мозга реакции активного протеста могут быть интенсивными, сопровождаться двигательным возбуждением по типу "двигательной бури". В гневе он проявляет агрессию, ломает предметы, разражается бурной злобной тирадой в адрес тех, кто, по его мнению, виноват в такой ситуации.

Наряду с нарушением поведения у подростка возникают и вегетативные реакции - лицо краснеет, потоотделение повышено, пульс учащен, подросток часто и глубоко дышит. Активные реакции протеста выражаются и в стремлении делать назло, причинить вред человеку, который обидел подростка, с помощью оговоров, лжи, кражи, вплоть до жестоких поступков и даже убийства животного, принадлежащего этому человеку. Таким поведением подросток мстит обидчику. В некоторых случаях реакция протеста закрепляется и в последующем распространяется на взрослых вообще. Подросток проявляет протестную реакцию в разной обстановке, и сила его реакций не соответствует раздражителю. Из-за обиды, после наказания или вследствие чрезмерных претензий родителей подросток может убежать из дома. Некоторые подростки с истерическими чертами характера стараются не убежать далеко, хотят, чтобы их заметили знакомые или родители, обратили внимание на его побег и вернули домой. Некоторые после этого требуют к себе особого внимания или стремятся вернуть прежнее отношение родителей.

Реакция оппозиции бывает и при повторном браке родителей, когда в семье появляется отчим или мачеха и их дети, или если в семье рождается еще один ребенок. Это своеобразная детская ревность, когда подростку уделяется внимания меньше, чем было раньше, и соперничество с новым членом семьи за прежнюю степень внимания матери. В поведении таких подростков может быть нарочитость, демонстративность, стремление шокировать всех своим поведением. Например, подростки начинают употреблять спиртное, с родителями ведут себя вызывающе, совершают прогулы в

школе, нелепым образом изменяют свою внешность - "назло всем стану панком", выбривают себе часть волос на голове и т.п.

Такое поведение чаще всего свойственно подросткам с истерическими чертами характера - истерической психопатией или истерическими чертами характера. При этом главная цель подобного поведения подростка - привлечь к себе внимание любым способом, стараясь вернуть прежнюю любовь родителей. В пьянстве тоже элемент нарочитости, подросток и не стремится скрыть его от родителей, а намеренно выставляет напоказ, бравируя выпивками и получая от этого удовлетворение - " вот я им отомстил, так им и надо", особенно если родители негативно относятся к пьянству. Несмотря на поведение, таких ребят очень жалко.

Своими подчас нелепыми, утрированными поступками они как бы вызывают о помощи: "Помогите мне, полюбите меня, я так одинок!" Они не умеют это выразить словами, такое выражение эмоционального состояния вообще несвойственно подросткам, а тем более не скажут этого родителям, на которых они обижены за их невнимание, но этот безмолвный призыв о помощи отчетливо звучит в каждом их поступке.

Реакция имитации. Имитация - это стремление подражать во всем кому-либо. В детстве ребенок подражает своим родителям, старшим братьям или сестрам и вообще многим взрослым. Дети играют "во взрослые игры", отражающие ситуации, участниками или свидетелями которых они были, например, после посещения поликлиники или прихода врача на дом они играют в "доктора и больного", причем стараются копировать интонации и жесты, говорят "взрослым" голосом. Играя в "дочки-матери", они подражают интонации и поведению своей матери. Школьники играют "в учителя и плохого ученика". Дети, видевшие, как их родители употребляют спиртное, играют "в гостей", при этом со всей серьезностью разливают "вино" по бокалам, "чокаются" друг с другом и говорят подслушанные у взрослых фразы и т.д. В подростковом возрасте они обычно избирают себе "кумира" - киногероя, актера, популярного певца или музыканта - и стараются копировать его и в одежде, и в причёске, и в поведении.

Иногда они, подражая популярным спортсменам, начинают заниматься карате, силовыми видами спорта, накачивают себе мышцы, принимают анаболики и хвастаются своей физической силой перед сверстниками. Когда они в качестве кумира избирают "положительного" героя и в своем стремлении к подражанию не доходят до крайностей,

то в этом никакой патологии нет, как правило, с возрастом это проходит. Но если объектом подражания является "отрицательный" герой - вот тогда родителям следует заранее быть готовым ко всяким неприятностям. Со свойственным этому возрасту максимализмом подросток постарается не только копировать "отрицательного" героя, но и "переплюнуть" его во всех отрицательных поступках.

И самые большие неприятности ждут родителей, когда подросток избирает объектом для подражания реального человека - взрослого или сверстника, злоупотребляющего алкоголем, а особенно лиц с криминальным прошлым. Открыв рот, подростки с упоением слушают о "подвигах" асоциальных личностей, не имея возможности определить, где правда, а где ложь или вымысел, а те, найдя в их лице благодарных слушателей, еще больше привирают. чтобы заинтересовать и привлечь подростков. Вот это уже чревато не только ранним злоупотреблением алкоголем, но и различными криминальными действиями. И совсем не обязательно, что таких "отрицательных" героев с восторгом слушают только подростки, сами склонные к асоциальному поведению, или дети алкоголиков. Немало случаев, когда вполне послушные мальчики из непьющих семей тоже заслушивались подобными рассказами. Для них это другая жизнь, захватывающая и полная приключений, а именно так преподносят свои "подвиги" не раз судимые лица. Подросткам льстит такое внимание взрослого человека, тем более что тот обращается с ними как бы на равных. И довольно часто во дворе вокруг таких асоциальных личностей группируются подростки. Но уголовнику нужна не только аудитория заинтересованных слушателей, он стремится быть лидером и использовать подростков в своих целях. Постепенно он начинает вовлекать их в пьянство, вначале покупает спиртное на свои деньги, затем требует, чтобы они просили деньги у родителей или приносили из дома ценные вещи. Отказать такому кумиру подросток не в состоянии - ведь он расценивает его уже как "друга", равноправного товарища. Даже многие взрослые не могут отказать, когда их уговаривают выпить приятели, а уж подросток тем более не устоит. А если такой уголовник уже создал вокруг себя группу подростков, то отказать ему не может никто, иначе он станет посмешищем, "маменькиным сынком", "трусом" и т.д.

Собственной нравственной позиции у подростков еще нет. Их этические понятия формируются под влиянием родителей, а если родители этого не делают, - то под влиянием любого человека, которого подросток просто "уважает". Они могут на словах

говорить, что пьянство и воровство - это плохо, но чем плохо они не знают. В отличие от взрослых, они еще не умеют использовать чужой негативный опыт. Они не осознают, что такое преступление, закон, тюрьма и все, что с этим связано. Со слов родителей они знают, что воровать нельзя, но сами объяснить, почему нельзя, они вряд ли сумеют.

Подростки не знают и не боятся социальных последствий правонарушений. Не зная, что такое криминал и как общество за это наказывает, подростки в группе с асоциальным или криминальным лидером могут совершить любой поступок, если прикажет лидер и за ним последует вся группа. Даже кратковременное пребывание в такой группе заметно сказывается на поведении подростка. Прежде послушный и хороший ученик перестает подчиняться родителям, так как первая задача отрицательного лидера - дискредитировать родителей в глазах подростков, чтобы поднять свой престиж. Подростку уже скучно в школе и не хочется быть дома, потому что в группе все гораздо интереснее, там "настоящая, взрослая" жизнь, свои тайны и секреты - это вторая задача отрицательного лидера - добиться, чтобы подростки не рассказали родителям, где и с кем они проводят время и чем занимаются.

Поэтому подростки становятся скрытными, огрызаются на расспросы родителей, если не сумеют соврать убедительно, а в дальнейшем уже начинают обманывать их, опять-таки по подсказке "лидера", и родители могут даже не подозревать, кто теперь руководит всей жизнью их ребенка. Обычно группа формируется из мальчиков, так как у девочек другие проблемы - их внешность, влюбленность, сексуальные связи и прочее. Им неинтересны рассказы бывшего уголовника, а ничем другим он их привлечь не может. Но иногда членами группы становятся девочки из неблагополучных семей, полностью подчиняющиеся всем требованиям лидера и нормам поведения, установленным им в группе. В такие группы часто вовлекаются и внешне непривлекательные девочки, которых другие члены группы и сам лидер используют для сексуальных потребностей, а они, ранее не имевшие успеха у сверстников и завидовавшие своим более красивым подругам, имевшим поклонников, расценивают это как мужское внимание, гордятся этим и хвастаются перед сверстницами. Если в группе пьют, то девочки делают то же самое, если вся группа совершает криминальные действия, и они тоже.

Реакция группирования со сверстниками. Реакция группирования со сверстниками по своим проявлениям при крайних выражениях близка к вышеописанной реакции, за

исключением того, что здесь нет взрослого отрицательного лидера. Таким лидером становится кто-то из членов самой группы, особенно если он старше других, имеет опыт употребления спиртного и физически сильнее остальных. Стремление к группированию со сверстниками вообще присуще подростковому возрасту, даже если это не достигает степени крайних асоциальных проявлений. Но если "лидер" имеет криминальные наклонности или опыт, то такая подростковая группа может превратиться в "банду", тщательно охраняющую свою территорию от подростков из других домов или таких же групп, в "борьбе" с которыми проходит вся их жизнь. Подростки начинают увлекаться силовыми видами спорта, "качаются", чтобы увеличить мышечную массу и свою физическую силу, овладевают различными приемами - самбо, карате, иногда придумывают какое-либо "устрашающее" название для своей группы, заимствованное из зарубежных фильмов.

"Лидер" становится для них непререкаемым авторитетом, обычно он бесстрашен, всегда готов вступить с любым в драку и отстоять свое право управлять группой с позиции силы. Группа собирается во дворе или ином месте (подвал, чердак, пустырь, стройка). "Накачав" мышцы, в дальнейшем они бросают спорт и проводят время в пьянках, картежных играх, сексуальных оргиях - для этого в группу вовлекаются и девочки, хотя вначале группа обычно бывает однополый, могут совершать и криминальные действия. Но далеко не всегда подростки создают такую "банду" с асоциальными формами поведения.

Реакция группирования может объединять подростков и по интересам - занятия спортом, какими-либо хобби. Но практика показывает, что в любой неконтролируемой родителями группе подростков рано или поздно может появиться новый участник, способный вовлечь других членов группы в пьянство. Этому возрасту вообще свойственна подверженность чужому влиянию. причем с большей легкостью подростки поддаются отрицательному влиянию, чем положительному.

Реакция эмансипации. Это борьба подростка за свою самостоятельность, независимость, самоутверждение. Он хочет освободиться от контроля и опеки взрослых любыми способами. Чем больше подростка контролируют и подавляют, тем больше он хочет избавиться от влияния взрослых. Наперекор им он начинает поступать "по-своему", демонстрирует, что он уже "самостоятельный".

Если бы родители не принуждали его к чему-либо, он бы сам мог это сделать, но как только они заставляют его сделать это, он сделает прямо противоположное, чтобы "доказать", что он уже взрослый". С таким поведением наверняка сталкивались многие родители, объясняя его упрямством и неподчинением их авторитету. На самом деле это вполне закономерная реакция для этого возраста и со временем она проходит. Крайние формы она приобретает именно при неправильном поведении родителей - если они гиперопекают или проявляют деспотизм и требования беспрекословного подчинения.

Если в младшем возрасте ребенок еще мог подчиняться такому давлению родителей, потому что была сильной зависимость от них, то в подростковом возрасте возможны крайние формы - побеги из дома и бродяжничество. Но у некоторых слабых подростков, имеющих деспотичных родителей, особенно в неполных семьях, когда мать подавляет сына и ли дочь, эта зависимость остается на всю жизнь. Даже будучи в браке и имея собственных детей, такие мужчины и женщины, как говорится, "держатся за материнскую юбку", нуждаются в ее опеке, бегают к матери за советом по любому пустяковому поводу, беспрекословно подчиняются ей и шагу не могут ступить без ее одобрения. А в других случаях подростки, наоборот, чем больше родители проявляют свой деспотизм, тем неправильнее ведут себя подростки.

Побеги из дома. Есть много причин побегов детей из дома, например, когда с ними плохо обращаются в семье, унижают или бьют, когда родители - алкоголики. Многие девочки убегают после сексуального насилия со стороны отчима или пьяного отца, когда мать не смогла или не захотела защитить их от этого. Побег может быть вызван реакцией оппозиции. Обычно первый побег бывает после какой-то ссоры или психической травмы, а затем эта форма реагирования закрепляется, и в дальнейшем подросток уже на любую неприятность отвечает побегом из дома. Побег можно рассматривать как реакцию протеста на недостаточное внимание родителей или на их чрезмерные требования и деспотизм, протест против навязываемого им образа жизни, который они возненавидели.

Многие подростки, воспитывавшиеся во внешне благополучных семьях с достаточным материальным положением, сбежав из дома, свою новую жизнь расценивают как "свободу от семьи и школы", им нравится, что они сами себе добывают средства к существованию, могут пить и принимать наркотики, не опасаясь наказания родителей, развлекаться так, как они хотят, и приобретают "опыт жизни" и сексуальный опыт. Они считают, что родители не принимают их всерьез, игнорируют их интересы,

относятся к ним, как к маленьким детям. Девочки недовольны, что родители запрещают им пользоваться косметикой, носить одежду, которая им нравится, но которую осуждают родители, контролируют, с кем они проводят время и как развлекаются, особенно при раннем начале сексуальной жизни, они считают своих родителей "отсталыми", консерваторами, старыми, не понимающими и не приемлющими образа жизни молодежи.

А убежав из дома, они избавляются от надоевшей опеки и контроля учителей и родителей, от всех обязанностей и принуждений, расценивая свою жизнь как легкую, веселую и свободную. В некоторых случаях побег из дома случается после того, как подросток совершил проступок и боится наказания взрослых, особенно часто это бывает у робких, "забитых" подростков, которых жестоко наказывают родители. Убежав из дома, ребенок старается забыть тяжелую обстановку в семье, отвлечься от проступка, который толкнул его на побег. Иногда подростки совершают побеги из дома из-за недостаточного надзора или ради поиска развлечений и новых впечатлений, приключений и свободы. Убегают из дома дети и подростки, склонные к фантазерству и мечтательности, начитавшись книг о знаменитых путешественниках и дальних странах. Если побег связан с тем, что в семье с ними плохо обращались, они категорически не хотят возвращаться домой. Их даже больше устраивает детский приемник, куда они обычно попадают, пока не найдут их родителей, так как подростки намеренно скрывают свой адрес и фамилию, называют вымышленные данные, чтобы их не отправили домой.

Дромомания. Это склонность к бродяжничеству. Она рассматривается психиатрами как один из вариантов расстройства контроля над импульсивными побуждениями - обычно это неудержимое влечение к дальним странствиям. Истинная дромомания встречается сравнительно редко, в основном при психических заболеваниях - шизофрении, эпилепсии. Побег таких больных обычно возникает без какой-либо внешней причины или мотива, им предшествует беспричинно изменившееся настроение, и сами подростки потом не могут объяснить, что их толкнуло на побег. Нередко они сами возвращаются домой измученными и голодными.

Дромомания - это импульсивное влечение и обусловлено самим психическим заболеванием.

Реакции увлечения. Большинству подростков свойственны различные увлечения и хобби. Они могут быть устойчивыми, например коллекционирование, занятие спортом,

но могут быть и нестойкими, когда подросток увлекается то одним, то другим. У некоторых подростков увлечения связаны со стремлением быть в центре внимания. Они участвуют в художественной самодеятельности, в школьных спектаклях и драмкружках, публикуют свои стихи и другие литературные произведения в школьной стенгазете. Некоторые избирают изысканные, необычные хобби, чтобы выделиться среди сверстников. В большинстве случаев в этом нет никакой патологии, со временем эти увлечения проходят или сохраняются, но отрицательного воздействия на поведение подростка не оказывают. Патологией являются чрезмерно выраженные увлечения, когда из-за них подросток забрасывает школьные занятия и все свое свободное время отдает хобби. Бывает, что ради пополнения своей коллекции или добычи денег для реализации хобби, подросток совершает противоправные действия, например мелкое воровство, спекуляция или попрошайничество, может сойтись с асоциальными личностями.

Чрезмерным бывает и увлечение силовыми или боевыми видами спорта для защиты и нападения - самбо, карате, дзюдо и другие. Причем опасно в этом случае не само по себе занятие такими видами спорта, а те цели, ради которых подростки овладевают приемами самозащиты и нападения. Став значительно крепче и сильнее своих сверстников и зная многие приемы, они начинают задирать не только ровесников, но и взрослых прохожих, намеренно провоцируя драку, чтобы "продемонстрировать" свою силу и бесстрашие. В группе они стремятся к лидерству, добиваясь подчинения других подростков с помощью физической силы. Ощущение своей силы и превосходства может стать причиной криминальных действий с насилием, когда такой подросток провоцирует всю группу на драку, или с целью грабежа, когда группа подростков избивает случайного прохожего, чтобы отнять у них деньги или вещи. Некоторые подростки, увлекающиеся силовыми видами спорта, злоупотребляют анаболиками для наращивания мышечной массы, что причиняет значительный вред здоровью.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации. Это возникновение личностных проявлений и таких форм поведения, с помощью которых подросток старается скрыть, замаскировать свои слабые стороны. Или они являются средствами психологической защиты, например, когда подросток переживает чувство собственной неполноценности из-за своего физического или психического недостатка. При реакциях гиперкомпенсации поведение может иметь карикатурный характер, вследствие чего могут ухудшиться отношения с окружающими и возникнуть дезадаптация. Примером реакции

гиперкомпенсации может служить показная бравада, стремление занимать общественные посты, нелепое изменение своего внешнего вида, раннее начало курения и употребления спиртного у неуверенных в себе, робких подростков. Иногда реакция гиперкомпенсации проявляется лишь в мечтах и фантазиях подростка.

Например, застенчивая или внешне непривлекательная девочка в своих фантазиях видит себя роковой красавицей, в которую влюблены все ее одноклассники и даже взрослые мужчины. Физически слабый подросток может в своих мечтах представлять себя атлетом, подобно Шварцнеггеру, и этим как бы компенсирует свое собственное чувство неполноценности. Если ребенка подавляют деспотичные родители, добиваясь беспрекословного послушания, он может компенсироваться в играх с младшими детьми, становясь их лидером, требуя от них безоговорочного подчинения. Ребенок, страдающий заиканием, может представлять себя великолепным и красноречивым оратором и т.д. Реакции компенсации и гиперкомпенсации чаще всего свойственны подросткам, которым родители уделяют мало внимания и любви, сиротам, детям, растущим в неполных или деформированных семьях, а также подросткам, страдающим комплексом неполноценности из-за физического дефекта, дефекта речи, подросткам-инвалидам и страдающим неврозами.

Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. Сюда относятся различные группы онанизма (мастурбации) у подростков, включая групповую и совместную мастурбацию, раннее начало половой жизни, беспорядочные половые связи, например в подростковой группе. Вовлечение подростка в группу может быть вызвано именно рано пробудившимся сексуальным влечением, реализовать которое в иных условиях подросток не может. "Доступность" девочек - членов группы может показаться весьма привлекательной для подростка, и именно по этой причине он стремится в такую группу. Формирующееся сексуальное влечение еще не дифференцировано, поэтому для его удовлетворения могут использоваться и сексуальные извращения.

Малолетняя проституция. Многие девочки после побега из дома становятся малолетними проститутками. Не имея возможности зарабатывать на жизнь, чаще всего они попадают под влияние асоциальных личностей, которые приобщают их к пьянству и проституции. Бывает, что психически больных девочек или девочек из неблагополучных семей, где родители алкоголики, взрослый отрицательный лидер вовлекает в

подростковую группу, затем "пускает по рукам", а когда они ему надоедают, "продает" сутенерам или сам становится им, и девочки безропотно соглашаются и на это, не требуя ни денег, ни хорошего отношения. Такие девочки не видят для себя никакого выхода, да и не ищут его. Подчас они горюют лишь о том, что их изгнали из группы, где они чувствовали хоть какое-то мужское внимание и были бы согласны вновь вернуться и всех "обслуживать".

Некоторые утешаются тем, что теперь "внимание" оказывают им взрослые "клиенты", и не представляют себе иной жизни. Сами девочки не испытывают сексуального влечения ни к своим сверстникам, ни к взрослым мужчинам. Раннее начало сексуальной жизни, в отличие от мальчиков, не связано с рано пробудившимся сексуальным влечением. Некоторые из таких девочек подверглись изнасилованию в подростковой группе, но сами они это не считают изнасилованием, рассказывают, как они пили спиртное с другими подростками, а потом "ребята стали приставать и заставили", но никаких сожалений по этому поводу девочки не испытывают.

Некоторые и не помнят своего первого сексуального партнера, так как давно это было. Для них ранняя сексуальная жизнь - обыденное понятие. Они не связывают ее с возможным материнством, хотя многие сделали по несколько аборт и самопроизвольных выкидышей. Ни отвращения, ни удовольствия от сексуальных контактов они не испытывают. Большинство малолетних проституток злоупотребляют и алкоголем, и наркотиками, если они им попадаются. У некоторых есть все признаки алкоголизма. Они совершенно не тягостятся своей ролью, не протестуют, когда их унижают и бьют, смиряются со всеми трудностями своей "профессии", разделяют "клиентов" и сутенеров на "плохих" и "хороших", полностью зависят от своего сутенера, а иногда даже влюбляются в него. Их даже не интересуют заработки. Если сутенер дает им немного денег или кормит, одевает и покупает спиртное, они считают, что он хороший, добрый, "не бьет", "заботится".

Их внешняя "взрослость" и "опыт" сочетается с психической инфантильностью и примитивностью интересов. Как правило, у всех есть психические отклонения или заболевания - психопатия, олигофрения в степени дебильности, органические заболевания головного мозга, реже - шизофрения. Многие крайние нарушения поведения подростков (за исключением тяжелых психических заболеваний) вызваны неправильным поведением родителей. Бывает, что родители не только не критичны к своим "методам"

воспитания детей, но чаще винят в этом самого ребенка или его сверстников, которые "втянули" его в плохую компанию.

Виноваты все, кроме самих родителей, - и школа "плохо воспитывает", и ребенок "трудный", и друзья "плохие". Большинство вышеописанных реакций - компенсации, увлечений, эмансипации, группирования со сверстниками, имитации - свойственно подавляющему большинству подростков и может не принимать таких крайних форм. Остальные формы относятся к компетенции воспитательных органов системы просвещения и охраны общественного порядка и нуждаются во врачебной диагностике. Наконец, личностно-диагностический подход позволяет относить нарушения поведения к трем основным проявлениям динамики личности: состояниям, реакциям, развитию.

Различают патологические и непатологические формы нарушения поведения по нескольким признакам. Первым из них является возникновение нарушения не только в исходной психотравмирующей ситуации, но и за ее пределами. Вторым признаком считают стереотипный характер проявления девиантного поведения. Третьим является полиморфизм девиантного поведения, при котором присутствуют антидисциплинарные, антиобщественные, делинквентные, аутоагрессивные поступки у одного и того же лица. Четвертый признак - сочетание нарушений поведения с расстройствами невротического типа, эмоциональными и саматовегетативными проявлениями. Наличие этого признака имеет важное значение для различения патологических форм и микросоциальной запущенности. Пятый признак указывает на наличие динамики развития девиантного поведения: формирование стереотипов поведения - переход их в аномальный характер и патологию влечений, т.е. трансформацию личности. В основе патологических форм поведения лежит, как правило, патология личности в результате врожденных и приобретенных причин социально-психологического и биологического порядка. Отклоняющееся поведение проявляется при неправильном воспитании, конфликтных отношениях в семье, школьной неуспеваемости, имитации патологического поведения подростковой группой.

В настоящее время в практике используется новая международная классификация психических нарушений (10-й пересмотр), которая включает поведенческие расстройства детского и подросткового возраста. Приводим интересующую нас рубрику по международной классификации.

- · Гиперкинетические расстройства:

- а) нарушение активности внимания;
- б) гиперкинетическое расстройство поведения;
- в) другие гиперкинетические расстройства;
- · Расстройства поведения:
 - а) расстройства поведения, ограничивающиеся условиями семьи;
 - б) несоциализированное расстройство поведения;
 - в) социализированное расстройство поведения;
 - г) оппозиционно-вызывающее расстройство;
 - д) другие расстройства поведения.
- · Смешанные расстройства поведения и эмоций:
 - а) депрессивное расстройство поведения;
 - б) смешанные расстройства поведения и эмоций.
- · Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста:
 - а) тревожные расстройства в связи с разлукой в детском возрасте;
 - б) фобическое тревожное расстройство детского возраста;
 - в) расстройство сиблингового соперничества;
 - г) другие эмоциональные расстройства детского возраста;
 - е) элективный мутизм;
 - ж) другие расстройства социального функционирования детского возраста.

Гиперкинетические расстройства - это группа нарушений поведения, которая характеризуется ранним началом проявлений, сочетанием чрезмерно активного поведения с выраженной невнимательностью, отсутствием упорства при выполнении инструкций и задач. Эти поведенческие характеристики проявляются во всех ситуациях и обнаруживают постоянство во времени. Гиперкинетические расстройства возникают обычно в первые пять лет. С ними могут сочетаться другие нарушения. Дети безрассудны, импульсивны, склонны попадать в несчастные случаи, получать дисциплинарные взыскания из-за необдуманного нарушения правил. Их взаимоотношения со взрослыми часто социально расторможены, характеризуются отсутствием нормальной осторожности и сдержанности. Часты специфические задержки в моторном и речевом развитии. Вторичные расстройства включают заниженное чувство собственного достоинства. Такой ребенок часто не может закончить задание. Характерна

частая смена деятельности. Они нетерпеливы, особенно в ситуациях, требующих спокойствия. Это проявляется в бегании, прыгании вокруг, вскакивании с места, когда полагается сидеть, чрезмерной болтливости, шумливости, непоседливости. Активность таких детей чрезмерно высока по сравнению с детьми той же возрастной группы и уровня интеллекта. Нет самоконтроля поведения. Ребенок не способен следовать инструкциям или завершить школьную работу, повседневные дела и обязанности на рабочем месте. Такие дети избегают и не любят заданий, требующих постоянных или длительных умственных усилий.

Гиперактивность выражается в плохой адаптивности ребенка. Начало подобных нарушений в поведении фиксируется не позднее 7-ми лет. В более позднем возрасте острое начало гипердинамического поведения у ребенка школьного возраста может быть обусловлено психогенными причинами или психическими расстройствами. Условно считается, что появление проблем с поведением до 10 лет - тип начала в детском возрасте. Если проблемы с поведением до 10 лет отсутствуют, а появляются после 10 лет - тип начала в подростковом возрасте. Расстройства поведения в несколько раз чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек.

Не рекомендуется ставить диагноз нарушенного поведения по однократным или эпизодическим проявлениям. Расстройство должно проявляться не менее 6-ти месяцев. Расстройства поведения, ограничивающиеся семейным окружением, связаны с нарушением детско-родительских отношений (неродные мать, отец), включает антисоциальное и агрессивное поведение. Может иметь место воровство из дома денег, имущества и т.д., жестокость против членов семьи, поджог дома. Социальные отношения вне семьи у подростков в пределах нормы. Сюда относятся расстройства поведения, которые выявляют общие критерии нарушения поведения, а также должны присутствовать 3 и более симптомов из перечня проявлений нарушенного поведения, один из которых фиксируется на протяжении 6 месяцев. Нарушения поведения ограничиваются пределами семьи.

Несоциализированные расстройства поведения характеризуются сочетанием упорного агрессивного поведения, которое включает непослушание, грубость, хулиганские действия. Обычно расстройства встречаются в разных ситуациях, но могут быть и в школе. Ребенок одинок, взаимоотношения со сверстниками плохие, он в изоляции, отвержен, непопулярен. Социализированные расстройства поведения

включают общие критерии расстройства поведения, при этом должны присутствовать минимум 3 симптома, один из которых - на протяжении 6-ти месяцев. Расстройства, как правило, наблюдаются вне дома в группе сверстников, отношение с которыми хорошее. Взаимоотношения со взрослыми нарушены, преобладают асоциальные формы поведения в том числе и в школе (курение, распитие спиртных напитков, употребление наркотиков, хулиганские действия по отношению к младшим). В рубрику "расстройства поведения" включается повторяющееся стойкое расстройство поведения, при котором нарушаются основные права других людей, или важнейшие, соответствующие возрасту нормы и правила. Такое поведение наблюдается по меньшей мере 6 месяцев. Основные проявления:

- · проявление необычайно частых для своего возраста вспышек гнева;
- · частые споры со взрослыми;
- · активный отказ выполнять требования взрослых или нарушение правил поведения;
- · совершение таких поступков, которые досаждают другим людям;
- · обвинение других в своих ошибках или неправильном поведении;
- · обидчивость; проявление частого негодования; частые обманы или нарушения обещаний;
- · частые проявления злобы и мстительности;
- · драчливость;
- · использование оружия, способного причинить вред другим (клюшка, кирпич и т.п.);
- · несмотря на запреты родителей, часто допоздна остается на улице;
- · проявление физической жестокости к людям и животным;
- · преднамеренное разрушение чужой собственности;
- · разведение огня с намерением причинить ущерб;
- · кража вещей;
- · пропуски школьных занятий;
- · побеги из дома;
- · совершение преступлений на виду у жертвы (выхватывание кошельков, сумок);
- · принуждение к половым отношениям;

- частое проявление задиристого поведения.

Девиантное, делинквентное и криминальное поведение.

Девиантное поведение – это поведение, отклоняющееся от общепринятых, наиболее распространенных и устоявшихся норм в определенных сообществах в определенный период их развития. Негативное девиантное поведение приводит к применению обществом определенных формальных и неформальных санкций (изоляция, лечение, исправление или наказание нарушителя). К девиантному поведению склонны люди, социализация которых проходила в условиях поощрения или игнорирования отдельных элементов девиантного поведения (насилие, аморальность).

Чаще это поведение – реакции детей и подростков на трудные обстоятельства жизни. Оно находится на грани нормы и болезни и потому должно оцениваться не только педагогом, но и врачом. Возможность появления отклонений в поведении связана также с особенностями физического развития, условиями воспитания и социального окружения.

Делинквентное поведение, в отличие от девиантного, характеризуется как повторяющиеся асоциальные поступки детей и подростков, которые складываются в определенный устойчивый стереотип действий, нарушающих правовые нормы, но не влекущие уголовной ответственности.

Криминальное поведение– это противоправные поступки, которые влекут за собой уголовную ответственность.

Девиантное поведение, всегда в начале, бывает немотивированным. Подросток, как правило, хочет соответствовать требованиям общества, но по каким-то причинам (социальные причины, плохое овладение нормальными способами социальной адаптации и т.д.) не может этого сделать. Девиантные поступки вначале бывают ситуативными, спровоцированными обстоятельствами, затем изменения в поведении накапливаются и приводят к устойчивым формам девиантного поведения. Подобное поведение затягивает. Совершая девиантные поступки, подросток все больше нуждается в одобрении группы и все меньше поддается влиянию «остальных», которые в силу его «ненормального» поведения исключают его из своей сферы общения. Подросток, чтобы остаться в группе, вынужден увеличивать свою девиантную активность и его действия становятся мотивированными.

Отклонения в поведении детей и подростков могут быть обусловлены следующими причинами:

социально-педагогической запущенностью, когда дети или подростки ведут себя неправильно в силу своей невоспитанности, сложившихся негативных стереотипов поведения, отсутствия у них необходимых позитивных знаний, умений и навыков;

глубоким психологическим дискомфортом, вызванным неблагополучием семейных отношений, отрицательным психологическим микроклиматом в семье, систематическими учебными неудачами, несложившимися взаимоотношениями со сверстниками в коллективе класса, неправильным (несправедливым, грубым) отношением к нему со стороны родителей, учителей, одноклассников;

отклонениями в состоянии психологического и физического здоровья и развития, возрастными кризисами, акцентуациями характера и другими причинами физиологического и психоневрологического свойства;

отсутствием условий для самовыражения, незанятостью полезными видами деятельности, отсутствием позитивных и значимых социальных и личностных жизненных целей и планов;

безнадзорностью, отрицательным влиянием окружающей среды и развивающейся на этой основе социально-психологической дезадаптацией, смещением социальных и личностных ценностей с позитивных на негативные.

Виды девиантного поведения детей и подростков

Расстройство поведения, ограничивающееся семьей. Оно включает антисоциальное или агрессивное поведение (протестующее, грубое), проявляющееся только дома во взаимоотношениях с родителями и родственниками. Может иметь место воровство из дома, разрушение вещей, жестокость по отношению к ним, поджоги дома.

Несоциализированное расстройство поведения. Характеризуется сочетанием упорного антисоциального или агрессивного поведения с нарушением социальных норм и со значительными нарушениями взаимоотношений с другими детьми. Оно отличается отсутствием продуктивного общения со сверстниками и проявляется в изоляции от них, отвержении, а также в отсутствии друзей или эмпатических взаимных связей с ровесниками. По отношению к взрослым проявляют несогласие, жестокость и

негодование. Могут быть сопутствующие эмоциональные расстройства. Типичное поведение включает драчливость, хулиганство, вымогательство или нападение с насилием и жестокостью, непослушание, грубость, тяжелые вспышки гнева и неконтролируемой ярости, разрушительные действия, поджоги.

Социализированное расстройство поведения. Оно отличается тем, что стойкое асоциальное (воровство, лживость, прогулы школы, уходы из дома, вымогательство, грубость) или агрессивное поведение возникает у общительных детей и подростков. Часто они входят в группу асоциальных сверстников, но могут быть и в составе неадаптивной компании.

Смешанные, поведенческие и эмоциональные расстройства, сочетание стойко агрессивного асоциального или вызывающего поведения с выраженными симптомами депрессии или тревоги. В одних случаях вышеописанные расстройства сочетаются с постоянной депрессией, проявляющейся сильным страданием, потерей интересов, утратой удовольствия от живых, эмоциональных игр и занятий.

Делинквентное поведение. Подразумеваются проступки, мелкие провинности, не достигающие степени криминала, наказуемого в судебном порядке. Оно проявляется в форме прогулов классных занятий, общения с антисоциальными компаниями, хулиганства, издевательства над маленькими и слабыми. Нередко встречаются мошенничество, домашние кражи. Побег из дома (учреждения) и бродяжничество в трети случаев сочетаются с делинквентностью.

Первые побеги происходят в страхе наказания или как реакция протеста, а затем превращаются в условно-рефлекторный стереотип. Побег возникает:

- как следствие недостаточного надзора;
- в целях развлечения; вследствие фантазерства и мечтательности;
- как реакция протеста на чрезмерные требования в семье (учреждении), чтобы избавиться от опеки родителей или воспитателей;
- как реакция на недостаточное внимание со стороны близких;
- как реакция тревоги и страха на наказания;
- как следствие жестокого обращения со стороны товарищей;
- как немотивированная тяга к перемене обстановки, которой предшествует скука, тоска.

Ранняя алкоголизация и наркотизация (аддиктивное поведение). Это подростковый эквивалент бытового пьянства взрослых и начала наркомании. В половине случаев алкоголизация и наркотизация начинаются в подростковом возрасте. Среди делинквентных подростков более трети злоупотребляют алкоголем и знакомы с наркотиками. Мотивы употребления – быть своим в компании, любопытство, желание стать взрослым или изменить свое психическое состояние. Об аддиктивном поведении можно судить сначала по появлению психической (желанию пережить подъем, забвение) зависимости, а потом и физической зависимости (когда организм не может функционировать без алкоголя или наркотика).

Девииции сексуального поведения. Возникновение половых отношений до полного физического созревания может рассматриваться как девиация. Подростковый промискуитет (неоднократная смена партнеров и частые половые сношения) – сексуальная девиация. Она нередко сочетается с алкоголизацией, которая у одних растормаживает влечения. Отстающие в развитии подростки могут стать объектом совращения своими старшими товарищами. Сексуальные девиации у подростков зависят от ситуации и являются преходящими. Среди них могут быть вуаеризм (подглядывание за обнаженными), эксгибиционизм (демонстрация своей наготы), манипуляции с половыми органами младших детей или животных.

По мере взросления и при переходе к нормальной половой жизни девиации исчезают полностью. При неблагоприятных случаях они становятся дурной привычкой и сохраняются наряду с нормальным сексуальным поведением или возобновляются при отсутствии нормальной половой жизни.

Преходящий подростковый гомосексуализм обычно обуславливается ситуацией. Часто он проявляется в закрытых учебных заведениях, где сосредотачиваются подростки одного пола. У младших подростков эта девиация может обуславливаться соблазнением, развращением, подражанием и принуждением. Эта девиация чаще обнаруживается у подростков мужского пола, чем у девушек.

Психогенное патологическое формирование личности. Это аномальное становление незрелой личности детей и подростков под влиянием:

- хронических психотравмирующих ситуаций;
- тяжелых переживаний жизненных трудностей;
- затяжных неврозов;

дефектов органов чувств и тела или хронических заболеваний.

В их развитии играют роль неправильное воспитание, в результате чего нередко присоединяются нарушения поведения.

Описанные здесь поведенческие нарушения нередко ставят в тупик не только родителей, но и опытных педагогов, так как воспитательные меры оказываются недостаточными для исправления подростков. В этих случаях можно добиться заметного успеха с помощью психологов, способных вскрыть истинные причины расстроенного поведения и дать необходимые рекомендации.

Большую тревогу вызывает некоторые иностранные мультфильмы и детские передачи изменяющие, деформирующие психику ребенка.

Начинать профилактическую работу, направленную на предупреждение девиантного поведения, целесообразно в раннем возрасте, т.к. привить навыки правильного поведения и исключить плохие привычки необходимо как можно раньше. Если к 11 – 12 годам у ребенка сформированы здоровые привычки, то такие дети достаточно устойчивы к попыткам изменения их поведения.

2.4. Система специального (коррекционного) обучения в РФ

В России на современном этапе детям с ограниченными возможностями здоровья оказывают специализированную помощь множество учреждений, находящихся под различными ведомствами:

Министерство образования Министерство здравоохранения Министерство труда и социального развития
Общественные организации

Специальные детские сады и ясли Дома ребенка Дома-интернаты для инвалидов

Всероссийское общество инвалидов

(детей-инвалидов) (ВОИ)

Специальные (коррекционные) школы

Детские поликлиники Реабилитационные центры

Всероссийское общество глухих

(ВОГ)

Школы-интернаты Отделения детских больниц Психо-неврологические дома-интернаты

Всероссийское общество слепых (ВОС)

Детские дома

Детские санатории Ассоциации родителей детей-инвалидов

Специальные группы в детских садах Центр патологии речи Благотворительные общества

Специальные классы в общеобразов. школах Сурдологические центры
Логопедические пункты в общеобразовательных школах Диагностические центры
Психологические центры

Психолого-педагогические и медико-социальные центры

Психолого-медико-педагогические комиссии

В нашей стране дети с ограниченными возможностями здоровья могут получать образование в специальных образовательных учреждениях, специальных образовательных подразделениях, образовательных учреждениях общего назначения в формах, предусмотренных Законом Российской Федерации «Об образовании»: очное, заочное, вечернее обучение; в форме семейного образования, самообразования, экстерната.

Основные задачи, которые призвана решить система образования, - подготовить к нормальной личной и общественной жизни детей с нарушениями психофизического развития, корректировать их развитие, создать как можно больше возможностей для их самостоятельной жизни.

Дети с ограниченными возможностями здоровья имеют право на обучение в образовательном учреждении общего назначения при наличии соответствующего заключения психолого-медико-педагогической комиссии. При этом дети могут пользоваться во время занятий услугами помощника при наличии соответствующих рекомендаций в заключении данных комиссий.

В соответствии с «Типовым положением о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся воспитанников с отклонениями в развитии», утвержденным постановлением Правительства РФ № 288 от 12 марта 1997 г., организуется учебно-воспитательная деятельность по обучению и реабилитации в рамках реализуемых образовательных программ специальными образовательными учреждениями I-VIII видов. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения I и II видов создается для обучения и воспитания детей с нарушениями слуха (глухих и слабослышащих). Коррекционные учреждения III и IV видов обеспечивают обучение, воспитание, коррекцию отклонений в развитии у воспитанников с нарушениями зрения

(незрячих и слабовидящих детей). Коррекционное учреждение V вида создается для обучения и воспитания детей с тяжелой речевой патологией, VI вида - для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, VII вида - для детей с задержкой психического развития, VIII вида - для детей с умственной отсталостью.

В последние годы система образования значительно расширилась, включив в себя сферу не только специальных школ, но и специальных классов, отдельных групп детей в общеобразовательной школе. Формируется система коррекционно-развивающего обучения (классы выравнивания, компенсирующего обучения, вспомогательные классы, классы охраны зрения).

Помимо названных форм получения образования, лица, имеющие специальные образовательные потребности, могут получать образование в форме обучения на дому, интегрированного обучения и обучения в условиях стационарного лечебного учреждения.

В последние годы все актуальней становится интегрированное обучение, т.е. совместное обучение детей с ограниченными возможностями здоровья и детей, не имеющих таких ограничений, посредством создания специальных условий для получения образования (специальных средств и методов, при участии педагогов-специалистов). Интегрированное обучение возможно в обычном классе (группе) с получением индивидуальной помощи или с получением помощи в коррекционном, в том числе логопедическом, кабинете (пункте), а также обучение в специальном (коррекционном) классе (группе) в образовательных учреждениях общего типа. Образовательное учреждение интегрированного обучения не вправе отказать детям с ограниченными возможностями здоровья в приеме на обучение в связи с наличием у них физических и (или) психических недостатков при отсутствии противопоказаний к обучению. Совместное обучение лиц с недостатками и лиц, не имеющих их, не должно отрицательно сказываться на результатах обучения последних.

Для оказания индивидуальной помощи детям со специальными образовательными потребностями создаются кабинеты коррекционно-развивающей помощи различной направленности: психологической помощи, логопедической и др. Кабинет психолога создается с целью организации психологического просвещения обучающихся, их родителей, педагогических работников; психологической профилактики; психологической диагностики; психологической коррекции недостатков развития

обучающихся, а также для консультативной деятельности, предоставляемой всем участникам образовательного процесса. Логопедический кабинет создается для оказания помощи детям, имеющим различные речевые нарушения. Наиболее широко распространенной формой стал логопедический пункт при общеобразовательном учреждении.

Для детей с ограниченными возможностями здоровья, находящихся на длительном лечении в стационарных лечебных учреждениях, также создаются условия для их обучения. Общеобразовательное учреждение по месту нахождения стационарного лечебного учреждения осуществляет обучение детей в различных формах. В современных условиях интенсивного развития системы специальной психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья идёт поиск организационных форм такой помощи, наиболее отвечающих современным социокультурным и экономическим условиям жизни страны, а также удовлетворяющих особые образовательные и реабилитационные потребности детей и подростков с отклонениями в развитии.

Для достоверной диагностики отклонений развития у детей, определения их специальных образовательных потребностей, для консультирования родителей по вопросам нарушений у детей создаются постоянные межведомственные психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК). Основные задачи ПМПК заключаются в выявлении, комплексном обследовании детей с отклонениями в развитии и «группы риска», в разработке индивидуальных реабилитационных программ, в рекомендации форм обучения и воспитания «проблемных» детей, подростков, юношей. ПМПК разрабатывают и реализуют на практике комплекс мер психолого-медико-педагогического содействия развитию личности, социально-педагогической помощи по абилитации, реабилитации и социальной адаптации лиц с различными формами отклонений в развитии психических функций, нарушениями речи, интеллекта, зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, с проблемами в обучении, общении, поведении. ПМПК работают в сотрудничестве с органами и учреждениями образования, здравоохранения, социальной защиты населения, комиссиями по делам несовершеннолетних, органами по трудоустройству, общественными организациями. Еще одной службой, обеспечивающей комплексную специализированную помощь детям и подросткам с отклонениями в развитии, является психолого-медико-педагогический

консилиум (ПМПк) образовательного учреждения. ПМПк является одной из форм взаимодействия специалистов образовательного учреждения, объединяющихся для психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии и/или состояниями декомпенсации.

Для обучения, воспитания и социальной адаптации детей и подростков со сложными, с тяжёлыми нарушениями в развитии, с сопутствующими заболеваниями, а также для оказания им комплексной помощи создаются реабилитационные центры различных профилей. Это могут быть центры: психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации; социально-трудовой адаптации и профориентации; социальной помощи. Задачей таких центров является оказание коррекционно-педагогической, психологической и профориентационной помощи, а также формирование навыков самообслуживания и общения, социального взаимодействия, трудовых навыков у детей с тяжёлыми и множественными нарушениями. В ряде центров ведётся специальная образовательная деятельность. Занятия в реабилитационных центрах строятся по программам индивидуального или группового воспитания и обучения. Нередко центры оказывают консультативно-диагностическую и методическую помощь родителям детей с особыми образовательными потребностями, в том числе информационную и правовую поддержку.

Во многих регионах России по инициативе родителей и общественных ассоциаций делаются попытки открыть центры семьи и ребёнка, центры реабилитации.

Реабилитационные центры помогают образовательным учреждениям массового назначения, если там обучаются и воспитываются дети с особыми образовательными потребностями: ведут коррекционно-педагогическую работу и консультирование.

Дети с тяжелой степенью инвалидности, в основном, находятся за пределами образовательного пространства и направляются в интернаты системы социального обеспечения. Для детей с четырехлетнего возраста, имеющих множественные нарушения развития, предусмотрено пребывание в условиях психоневрологических домов-интернатов системы Министерства труда и социального развития. Основой деятельности этих учреждений является медицинская модель оказания социальной помощи детям-инвалидам.

Для детей, по состоянию здоровья временно или постоянно не посещающих образовательные учреждения, организуется обучение на дому. Данная форма обучения

получает все большее распространение в связи с тем, что количество таких детей с каждым годом увеличивается.

В проекте Закона о специальном образовании обучение на дому трактуется как освоение общеобразовательных и профессиональных программ лицом, по состоянию здоровья временно или постоянно не посещающим образовательное учреждение, при котором обучение осуществляется на дому педагогическими работниками соответствующих образовательных учреждений, в том числе с использованием дистанционных средств обучения.

Обучение на дому является одной из форм индивидуального обучения, под которым понимают форму организации учебных занятий, при которой осуществляется педагогическое воздействие учителя на ученика, находящегося вне коллектива.

Главным достоинством индивидуального обучения является то, что оно позволяет полностью адаптировать содержание, методы и темпы учебной деятельности ребенка к его особенностям, следить за каждым его действием и операцией при решении конкретных задач; следить за его продвижением от незнания к знанию, вносить вовремя необходимые коррекции в деятельность как обучающегося, так и учителя, приспособлять их к постоянно меняющейся, но контролируемой ситуации со стороны учителя и со стороны ученика. Все это позволяет ученику работать экономно, постоянно контролировать затраты своих сил, работать в оптимальное для себя время.

2.5. Специфика коррекционной работы с детьми с задержкой психического развития

Организация обучения и воспитания детей с ЗПР регламентирована рядом нормативных государственных документов.

В соответствии с приказом Министерства просвещения СССР от 3 июля 1981г. (№ 103) стали действовать специальные (коррекционные) образовательные учреждения: школы-интернаты, школы, классы выравнивания при общеобразовательных школах. В 1997г. вышло инструктивное письмо Министерства образования «О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений I-VIII видов».

Для детей с задержкой психического развития создается специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида.

Коррекционное учреждение VII вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ двух ступеней общего образования:

1-я ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения – 3-5 лет);

2-я ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения 5 лет).

Прием детей в коррекционное учреждение VII вида осуществляется по заключению психолого-медико-педагогической комиссии с согласия родителей в I-II классы, в III класс – в порядке исключения. При этом дети, начавшие обучение в общеобразовательном учреждении с 7-летнего возраста, принимаются во II класс коррекционного учреждения. Начавшие обучение с 6-летнего возраста – в I класс. Дети, ранее не обучавшиеся в общеобразовательном учреждении и показавшие недостаточную готовность к освоению общеобразовательных программ, принимаются с 7-летнего возраста в I класс коррекционного учреждения (нормативный срок освоения – 4 года); с 6-летнего возраста – в подготовительный класс (нормативный срок освоения – 5 лет).

Наполняемость класса и группы продленного дня в коррекционном учреждении – 12 человек. Перевод воспитанников в общеобразовательное учреждение осуществляется по мере коррекции отклонений в их развитии после получения начального общего образования. С целью уточнения диагноза воспитанник может находиться в коррекционном учреждении VII вида в течение года.

Однако основная масса детей с задержкой психического развития обучается в классах коррекционно-развивающего обучения (в некоторых регионах их продолжают называть «классы выравнивания», «классы для детей с задержкой психического развития») при общеобразовательных массовых школах. Механизм направления детей в классы коррекционно-развивающего обучения и организация обучения такие же, что и в коррекционных учреждениях VII вида.

Дети в этих классах занимаются по учебникам массовых общеобразовательных школ по специальным программам. В настоящее время в основном полно разработаны программы классов коррекционно-развивающего обучения первой ступени (начальное образование).

Обучение на второй ступени (V-IX) классы осуществляется по программам общеобразовательных массовых школ с некоторыми изменениями (сокращение некоторых учебных тем и объема материала в них).

После получения основного общего образования выпускник школы получает свидетельство об образовании и имеет право в соответствии с Законом РФ «Об образовании» продолжить обучение в третьей ступени и получить среднее (полное) общее образование.

Задача специальной коррекционной работы состоит в том, чтобы помочь детям с задержкой психического развития овладеть разнообразными знаниями об окружающем мире, развивать у них наблюдательность и опыт практического обучения, формировать умение самостоятельно добывать знания и пользоваться ими.

Психолого-педагогическая коррекция на протяжении всего ее срока должна быть систематической, комплексной, индивидуализированной.

Основные подходы к организации учебного процесса для детей с ЗПР:

1. Подбор заданий, максимально возбуждающих активность ребенка, пробуждающие у него потребность в познавательной деятельности, требующих разнообразной деятельности.

2. Приспособление темпа изучения учебного материала и методов обучения к уровню развития детей с ЗПР.

3. Индивидуальный подход.

4. Сочетание коррекционного обучения с лечебно-оздоровительными мероприятиями.

5. Повторное объяснение учебного материала и подбор дополнительных заданий;

6. Постоянное использование наглядности, наводящих вопросов, аналогий.

7. Использование многократных указаний, упражнений.

8. Проявление большого такта со стороны учителя

9. Использование поощрений, повышение самооценки ребенка, укрепление в нем веры в свои силы.

10. Поэтапное обобщение проделанной на уроке работы;

11. Использование заданий с опорой на образцы, доступных инструкций.

В случаях тяжелой задержки психического развития для таких детей должны быть созданы специальные условия обучения. Работоспособность у детей с ЗПР на уроке длится 15-20 минут.

Необходимо каждому из таких детей оказать индивидуальную помощь при выявлении пробелов в знаниях и восполнении их.

Система коррекционно-развивающего обучения – форма дифференцированного образования, которая позволяет решать задачи своевременной активной помощи детям с трудностями в обучении и адаптации к школе. В классах коррекционного развивающего обучения возможно последовательное взаимодействие диагностико-консультативного, коррекционно-развивающего, лечебно-профилактического и социально-трудового направлений деятельности.

Важным моментом в организации системы коррекционно-развивающего обучения является динамическое наблюдение за продвижением каждого ребенка. Обсуждение результатов наблюдений проводится не менее 1 раза в четверть на малых педсоветах или консилиумах. Особая роль отводится охране и укреплению соматического и нервно-психического здоровья учащихся. При успешной коррекции и сформированности готовности к школьному обучению дети переводятся в обычные классы традиционной системы обучения или при необходимости продолжения коррекционной работы в классы коррекционно-развивающего обучения.

Коррекционная направленность обучения обеспечивается набором базовых учебных предметов, которые составляют инвариантную часть учебного плана. Фронтальное коррекционно-развивающее обучение осуществляется учителем на всех уроках и позволяет обеспечивать усвоение учебного материала на уровне требований к знаниям и умениям образовательного стандарта школы. Проверка и оценка учебной работы учащихся классов коррекционно-развивающего обучения проводятся в соответствии с требованиями, указанными в вариативных программах (Программы специальных коррекционных учреждений и классов коррекционно-развивающего обучения. – М.: Просвещение, 1996).

Коррекция индивидуальных недостатков развития осуществляется на индивидуально-групповых занятиях, специально выделенных для этой цели. Это могут быть общеразвивающие занятия, способствующие коррекции недостатков памяти, внимания, речи, развитию мыслительной деятельности. Могут быть занятия предметной

направленности – подготовка к восприятию трудных тем учебной программы, ликвидация пробелов предшествующего обучения.

Индивидуальные и групповые коррекционные занятия проводит основной учитель класса и воспитатель группы продленного дня.

В соответствии с учебным планом в начальных классах на коррекционные занятия отводятся 3 часа в неделю вне сетки обязательных учебных часов. Продолжительность индивидуальных и групповых занятий не должна превышать 15-20 минут. В группы возможно объединение не более трёх учеников, имеющих одинаковые пробелы или сходные затруднения. Работа с целым классом или большим количеством учащихся на этих занятиях не допускается.

В старших классах для индивидуальных и групповых коррекционных занятий отводится в настоящее время 1 час в неделю. К индивидуальным и групповым коррекционным занятиям привлекаются логопеды и психологи.

Организация учебно-воспитательного процесса в системе коррекционно-развивающего обучения должна осуществляться на основе принципов коррекционной педагогики и предполагает со стороны специалистов глубокое понимание основных причин и особенностей отклонений в психической деятельности ребенка, умение определять условия для интеллектуального развития ребенка и обеспечивать создание личностно-развивающей среды, позволяющей реализовать познавательные резервы обучающихся.

В условиях специально организованного обучения дети с ЗПР способны дать значительную динамику в развитии и усвоить многие знания и навыки, которые нормально развивающиеся сверстники набирают самостоятельно.

2.6. Особенности организации коррекционной работы с детьми в классах компенсирующего обучения

Согласно нормативно-правовым положениям, в современной общеобразовательной школе для детей с трудностями в обучении создаются два основных вида классов – классы компенсирующего обучения и классы выравнивания. В школьной практике

имеют место и другие формы дифференцированного обучения: классы педагогической поддержки, классы адаптации, здоровья и др.

Коррекционно-развивающее обучение в классах выравнивания и компенсирующих классах определяется нормативно-правовыми положениями Министерства образования РФ и строится на основе организационно-педагогических и научно-методических положений Концепции коррекционно-развивающего обучения, разработанной Институтом коррекционной педагогики, а также психолого-педагогических принципов развивающего обучения. В соответствии с положениями Министерства образования классы выравнивания создаются для обучения детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдаются слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость.

Классы компенсирующего обучения создаются в общеобразовательных школах для детей, испытывающих затруднения в освоении общеобразовательных программ. Их основная цель – создание адекватных условий воспитания и обучения, позволяющих предупредить дезадаптацию таких детей в условиях общеобразовательного учреждения.

В классы компенсирующего обучения принимаются дети группы риска. К этой группе относятся дети, которые по совокупности причин генетического, биологического и социального характера приходят в школу психически и физически ослабленными, социально запущенными, с риском школьной и социальной дезадаптации. Дети группы риска не имеют выраженных отклонений в развитии, у них нет задержки психического развития, умственной отсталости, выраженных нарушений речи, слуха, зрения, двигательной сферы. При интеллектуальном развитии, соответствующем возрастной норме, эти дети обнаруживают низкую работоспособность, повышенную утомляемость и отвлекаемость, импульсивность, гиперактивность, низкий уровень производительности психических функций и деятельности, несформированность учебной мотивации и познавательных интересов.

Основными медицинскими показаниями к отбору детей в классы компенсирующего обучения являются:

1. Нарушение работоспособности в связи с повышенной утомляемостью:

а) астеническое состояние у соматически ослабленного ребенка (например, хронические заболевания внутренних органов, аллергия, хронический тонзиллит, постинфекционная астеня и др.);

б) церебрастенические состояния без нарушения интеллектуального развития;

в) астено-невротические состояния соматогенной и церебрально-органической природы (нарушения сна, аппетита, вегето-сосудистая дистония);

г) астенические состояния на фоне не резко выраженных сенсорных дефектов.

2. Нарушение работоспособности в связи с расстройствами поведения:

а) ситуационные реакции с нарушением поведения;

б) невротические и невротоподобные состояния (страхи, тики, легкое заикание, не требующее обучения в условиях речевой школы, энурез);

в) психогенное патологическое формирование личности;

синдром истинной невропатии;

г) синдром истинной невропатии;

д) избирательный мутизм на этапе реабилитационных мероприятий;

е) синдром гармонического психического (психофизического) инфантилизма;

ж) синдром раннего детского аутизма (негрубые проявления, нормальный уровень интеллектуального развития);

з) психопатические синдромы (по типу аффективной возбудимости, неустойчивости, истероидности, психоастении);

и) некоторые психические заболевания в стадии ремиссии (шизофрения, эпилепсия);

к) легкие проявления двигательной патологии церебрально-органической природы (без нарушений интеллектуального развития), не требующие направления в специальную школу.

3. Показанием к приему в классы компенсирующего обучения является также педагогическая запущенность детей с нормальным интеллектом, обусловленная воспитанием в неблагоприятной микросоциальной среде, трудностями адаптации в дошкольных учреждениях.

Противопоказанием для направления детей в классы компенсирующего обучения является наличие следующих клинических форм и состояний:

а) задержка психического развития церебрально-органического генеза;

- б) олигофрения;
- в) деменция органического, шизофренического и эпилептического генеза;
- г) наличие выраженных нарушений функций слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата.

Дети, страдающие различными видами слабоумия, задержкой психического развития, могут быть направлены в специальные образовательные учреждения коррекционного характера.

2.7. Диагностика. Система консультативно-диагностической работы

Диагностическая работа необходима для обеспечения контроля за динамикой развития личности, выявления и предупреждения отклонений развития, определения программы работы с обследуемым и т.п. Проведение этой работы позволяет начать своевременную коррекцию детей, а также оказывать консультативную помощь родителям, педагогическим, медицинским и социальным работникам, по вопросам, связанным с оказанием помощи детям с отклонениями в развитии и поведении.

Для достоверной диагностики отклонений развития у детей, определения их специальных образовательных потребностей, для консультирования родителей по вопросам нарушений у детей создаются межведомственные, окружные психолого-медико-педагогические консультации (ПМПК).

Динамическое наблюдение за развитием детей в общеобразовательном учреждении осуществляет школьный психолого-медико-педагогический консилиум. Следует различать различные виды диагностики: медицинскую, психологическую, педагогическую.

Диагностика – учение о методах и принципах распознавания болезней и постановки диагноза; процесс постановки диагноза. (Советский энциклопедический словарь. – М., 1988. – С. 388.)

Психодиагностика – это раздел психологии, изучающий принципы, методические приемы и средства построения и применения диагностических процедур с целью определения значений некоторых психологических феноменов, позволяющих установить диагноз. (Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. – М., 1999. – С.81.)

Виды психологической диагностики:

- скрининговая диагностика, которая проводится с группой детей или даже с целым классом и направлена на выделение детей, обладающих теми или иными свойствами (группой характеристик), оценивающая постоянство тех или иных психологических свойств у данной группы детей;

- углубленная психологическая диагностика, которая проводится уже после выделения детей, имеющих какие либо особенности развития и нуждающихся в дополнительной развивающей или коррекционной работе, т.е. в специальной психологической помощи;

- динамическое обследование, с помощью которого прослеживается динамика развития, эффективность обучения, развивающих и/или коррекционных мероприятий;

- итоговая диагностика. Цель последней оценить состояние ребенка «на выходе», в конце определённого этапа его обучения или цикла коррекционной работы. (Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М., 2000. – С.85.)

Педагогическая диагностика – изучение личностей и коллектива воспитанников с целью оптимальной организации процесса воспитания. (Журавлёв В.И., Елизаров А.А. Педагогический практикум. М., 1987. – С.48).

Диагностика подростков с девиантным поведением предполагает социально-педагогическое исследование, направленное на определение уровня развития эмоционально-познавательной сферы несовершеннолетнего, сформированность качеств личности, социальных ролей, профессиональных интересов. (Социальная педагогика / Под ред. М.А. Галагузовой. – М., 2000. С. 302.

Принципы диагностики

1. Принципы обследования детей с отклонениями в развитии:

- принцип комплексного изучения ребенка;
- принцип целостного системного изучения ребенка;
- принцип динамического изучения ребенка;
- принцип качественно-количественного подхода при анализе данных;
- принцип индивидуального подхода к ребенку в процессе обследования;
- принцип адекватности, который требует, чтобы были поставлены в начале диагностики следующие вопросы:

1. Кого диагностируют (особенно важен возраст)?
2. С какой целью и в связи с этим, что диагностируют?
3. Для кого диагностируют (адресат диагностики – учителя, родители, администрация, психолог)?

2. Основные принципы педагогической диагностики адаптационных нарушений:

- комплексность и разносторонность в изучении развития ребенка, стремление к максимальному учету в оценке развития всех его школьных значимых характеристик;
- изучение детей в деятельности и отношениях, через деятельность и отношения;
- педагогическая направленность: изучение, диагностирование не как самоцель, а как средство, определяющее направление коррекционной помощи ребенку в преодолении его проблем;
- участие в изучении и оценке развития ребенка всех включенных в его судьбу и заинтересованных сторон (родителей, воспитателей, педагогов);
- оценка развития с учетом данных истории жизни ребенка в ее конкретных условиях и объективных обстоятельствах: открытость сделанного заключения о развитии для корректировки.

Показатели принимаемые во внимание при изучении школьников.

1. Физическое состояние и развитие ребенка:

- динамика физического развития (анамнез);
- Состояние слуха, зрения;
- Особенности развития двигательной сферы, нарушения общей моторики (общая напряженность или вялость, неточность движений; параличи, парезы, наличие их остаточных явлений);
- Координация движений (особенности походки, жестикуляция, затруднения при необходимости удержать равновесие, трудности регуляции темпа движений, наличие гиперкинезов, синкенезий, навязчивых движений);
- Особенности работоспособности (утомляемость, истощаемость, рассеянность, пресыщаемость, переключаемость, усидчивость, темп работы; увеличение количества ошибок к концу урока или при однообразных видах деятельности; жалобы на головную боль).

2. Особенности и уровень развития познавательной сферы:

- особенности восприятия величины, формы, цвета, пространственного расположения предметов, времени (глубина восприятия, его объективность);

- особенности внимания: объем и устойчивость, концентрация, способность к распределению и переключению внимания с одного вида деятельности на другой, степень развития произвольного внимания;

- Особенности памяти: точность, постоянство, возможность долговременного запоминания, умение использовать приемы запоминания, индивидуальные особенности памяти. Преобладающий тип памяти (зрительная, слуховая, двигательная, смешанная). Преобладание логической или механической памяти;

- Особенности мышления: уровень владения операциями анализа, сравнения, синтеза (умение выделять существенные элементы, части, сравнивать предметы с целью выявления сходства и различия, способность обобщать и делать самостоятельные выводы, умение устанавливать причинно-следственные связи);

- Особенности речи: дефекты произношения, объем словарного запаса, сформированность фразовой речи, особенности грамматического строя, уровень сформированности просодической стороны речи (интонация, выразительность, ясность, сила и высота голоса);

- Познавательные интересы, любознательность.

3. Отношение к учебной деятельности, особенности мотивации:

- особенности отношений «учитель-ученик»: реакция ученика на замечания, на оценку его деятельности. Осознание ребенком своих успехов в учебе, отношение к неудачам (безразличие, тяжелые переживания, стремление преодолеть затруднения, пассивность или агрессивность), отношение к похвале и порицанию;

- способность осуществлять контроль за собственной деятельностью по наглядному образцу, словесной инструкции, алгоритму; особенности самоконтроля;

- умение планировать свою деятельность.

4. Особенности эмоционально-волевой сферы:

- эмоционально-волевая зрелость, глубина и устойчивость чувств;

- способность к волевому усилию;

- преобладающее настроение (мрачность, подавленность, злобность, агрессивность, замкнутость, негативизм, эйфорическая жизнерадостность);

- внушаемость;

- наличие аффективных вспышек, склонность к отказным реакциям;
- наличие фобических реакций (страх темноты, замкнутого пространства, одиночества и др.);
- отношение к самому себе (к собственным недостаткам, возможностям), особенности самооценки;
- отношения с окружающими (положение в коллективе, самостоятельность, взаимоотношения со сверстниками и старшими);
- особенности поведения в школе и дома;
- нарушения поведения, вредные привычки.

5. Особенности усвоения знаний, умений, навыков, предусмотренных программой:

- общая осведомленность в кругу бытовых понятий, знаний о себе и окружающем мире;
- сформированность навыков чтения, счёта, письма соответственно возрасту и классу;
- характер ошибок при чтении и письме, счёте и решении задач.

Изучение индивидуальных особенностей детей позволяет планировать сроки коррекционной работы.

Методы диагностической деятельности. Основными методами психологического исследования являются: наблюдение, беседа и экспериментально-психологический метод исследования.

Задания к семинару:

Студенты с фамилией, начинающейся на букву: **А, Б, В, Г, Д, Е, Ё, Ж, З, И** делают доклад (реферат) на вопрос под номером: **1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25. Задачи: 1, 4**

Студенты с фамилией, начинающейся на букву: **К, Л, М, Н, О, П, Р, С, Т, У** делают доклад (реферат) на вопрос под номером: **2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26. Задачи: 2, 5**

Студенты с фамилией, начинающейся на букву: **Ф, Х, Ц, Ч, Ш, Щ, Э, Ю, Я** делают доклад (реферат) на вопрос под номером: **3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27. Задачи: 3, 6**

Внимание! Ответы на вопросы отправлять единым документом! Сам документ (название) подписывать следующим образом: «Специальная психология. Семинар. Дата отправки».

В документе пишем номер и формулировку вопроса (задачи) полностью.

Проверка работ будет осуществляться ежедневно в период с 30.11. по 19.12.2020 г. Позже указанной крайней даты работы не принимаются.

1. Специальная психология как наука. Предмет, актуальные проблемы и задачи специальной психологии.
2. Современные критерии нормального и отклоняющегося развития.
3. Взаимосвязь специальной психологии с другими отраслями знаний. Междисциплинарные связи специальной психологии.
4. История становления специальной психологии как науки.
5. Закономерности психического развития в норме и патологии.
6. Классификация дизонтогений развития.
7. Роль биологической и социальной детерминации в генезе нарушений развития.
- Л.С. Выготский о соотношении биологической и культурной линии развития.
8. Основные методологические принципы специальной психологии.
9. Методы специальной психологии.
10. Причины отклонений в развитии.
11. Социально-психологическая адаптация как главный критерий нормального психического здоровья.
12. Факторы дизонтогенеза. Условия нормального развития ребёнка (по Г. М. Дульневу и А. Р. Лурия).

13. Основные категории и понятия специальной психологии.
14. Понятие нормы в специальной психологии. Виды норм.
15. Основные теоретические положения Л. С. Выготского в области специальной психологии. Теория Культурно-исторического развития психики Л.С. Выготского и её вклад в развитие специальной психологии.
16. Вклад отечественных учёных в развитие специальной психологии в России.
17. Коррекция и компенсация аномального развития, абилитация, реабилитация и социальная адаптация как основные категории специальной психологии.
18. Эволюция представлений о сущности и процессах компенсации. Психофизиологическая и социально-психологическая составляющие компенсации дефекта.
19. Компенсация отклонений как процесс. Виды компенсации.
20. Общие закономерности аномального развития.
21. Объясните понятия психического дизонтогенеза: недоразвития, задержанного развития, искажённого развития, дефицитарного развития, повреждённого развития, дисгармоничного развития.
22. Основные механизмы возникновения недостатков в психофизическом развитии.
25. Возрастная обусловленность дефектов развития.
26. Понятие о зоне ближайшего развития, сензитивных периодах, первичном и вторичных дефектах (по Л. С. Выготскому).
27. Факторы, определяющие аномальное развитие.

Разноуровневые задачи и задания:

Задача №1. Костя Б., 7 лет, находится на обследовании с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что ребенок родился в срок, отставал в раннем развитии: голову держал в 4 мес., сидеть научился к 9 мес., ходить – в 1 год и 5 мес. Отдельные слова появились к 2 годам, фразовая речь – к 4 годам. В детском саду программу не усваивал. К настоящему времени ребенок знает отдельные буквы, может назвать цифры от 1 до 10. На приеме ребенок с трудом вступает в контакт, не интересуется заданиями и игрушками. Работоспособность равномерно низкая. Темп сенсомоторики медленный. Механическое запоминание успешно: 5, 7, 7, 10;

опосредованное ассоциативное запоминание значительно хуже. Доступны простые обобщения: «еда», «посуда», более сложные – невозможны. Запас знаний недостаточен. Испытуемый не знает имени и профессии родителей, своего домашнего адреса. Конструктивный праксис недоступен, рисунок человека на уровне «головонога». Счет недоступен. Установление связи и последовательности событий в серии из 2 картин – с помощью. Реакция на оказание помощи, поощрение отсутствует. Критичность к достижениям неразвита, самооценка не сформирована.

1. Какой тип нарушенного психического развития отмечается в данном случае?
2. К какому специалисту следует направить ребенка?
3. Какие рекомендации можно дать?

Задача №2. Таня В., 7 лет. Обратилась мама с девочкой с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что девочка родилась в срок, в течение первого года жизни развивалась успешно, своевременно научилась сидеть и ходить. Отдельные слова появились в 1 год и 3 мес., фразовая речь – к 3 годам. На помещение в детский сад была сильная стрессовая реакция, девочка плакала, не спала, ни с кем не общалась. В связи с этим через 2 недели была забрана из садика, и до 7 лет воспитывалась дома. Сейчас Таня знает буквы, умеет читать и считает в пределах 100. При обследовании девочка с трудом привлекается к выполнению заданий, ходит по кабинету, играет игрушками. Объем и переключаемость внимания – в норме, произвольная концентрация затруднена. Выполнение заданий на определение способности к механическому запоминанию показало такие результаты: 2, 4, 4, 6; при запоминании фраз – 9 слов с первого предъявления. Интеллект – в границах возрастной нормы, но испытуемая не может самостоятельно заметить ошибки в выполнении заданий. Отмечается Несформированность понятия числа, затруднение фонематического анализа и синтеза. Задания воспринимаются при предъявлении их в игровой форме: оценка собственной деятельности ее не интересует. Эмоции живые, лабильные, самооценка завышена, слабо дифференцирована.

1. Какой тип нарушения психического развития у Тани?
2. Консультация каких специалистов желательна?
3. Какие рекомендации можно дать?

Задача №3. Саша Ж., 11 лет. Направлен на обследование по инициативе классного руководителя. Со слов учителя известно, что ребенок учится крайне неравномерно, не усваивает программу 5-го класса, прогуливает, на уроке отвлекается, мешает другим заниматься. Часто приносит в школу игрушки. Из беседы с мамой выяснилось, что у ребенка в течение первых двух лет жизни было сотрясение мозга, он перенес тяжелую форму кори. При обследовании испытуемый особого интереса к заданиям не проявляет, но справляется с ними. Отмечается истощаемость по гиперстеническому типу. Механическое запоминание затруднено: 3, 4, 3, 6; ассоциативное – несколько лучше. При обследовании интеллекта отмечается неравномерность его развития: выполнение вербальных тестов на уровне нижней границы нормы, невербальных – успешно, понимание пословиц затруднено. Недостаточная способность к аналогии. Отмечаются нарушения мелкой моторики, точной координации движений. Фон настроения неустойчивый, выражена двигательная расторможенность. Оказание помощи и поощрение улучшает результаты. Самооценка низкая, выраженная уверенность в негативном отношении со стороны взрослых. Познавательные интересы развиты слабо. Отмечается тревожность.

1. Какой тип нарушений психического развития отмечается?
2. В чем состоит первичный дефект и вторичные личностные реакции?
3. Какие рекомендации можно дать?

Задача №4. Мама шестилетнего сына рассказывает: у моего сына замедленная реакция на все, мне кажется, что он «спит» на ходу: вяло ест, одевается, на него постоянно жалуется воспитатель, да и меня это раздражает, особенно когда я спешу. Но когда он играет, он становится совсем другим. Если его не торопить, он успешно со всем справляется. Но как он будет учиться в школе?».

1. Что может лежать в основе ситуации?
2. Какие рекомендации можно дать маме?

Задача №5. Какие из перечисленных ниже методик могут быть использованы для исследования мышления: «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Заучивание десяти слов», «Определение последовательности событий».

1. Какие мыслительные процессы и операции исследуются данными методиками?
2. Какие ограничения могут быть в использовании данных методик у лиц с ОВЗ?

Задача №6. Перечислите наиболее часто встречающиеся психологические проблемы детей в контексте работы психологической службы образования