

Министерство образования и науки РФ

ФГАОУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Институт психологии и образования Казанского (приволжского) федерального  
университета

## **Коррекционная психология и педагогика**

Коррекционная психология и педагогика/ сост. Р.Р. Гарифуллин. – Институт психологии и образования КФУ, 2018. – 325 с.

#### Аннотация

В данном курсе изучаются вопросы и основные категории двух смежных областей знаний – специальной психологии и коррекционной педагогики. Целью данного конспекта лекций является формирование у студентов готовности к осуществлению диагностической и коррекционной работы с детьми, имеющими проблемы психического развития. При этом курс ориентирован, прежде всего, на проблемы адаптации детей с проблемами развития обучающихся в общеобразовательной школе.

Задачи электронного образовательного ресурса включают:

- формирование системы теоретических знаний о закономерностях психического развития и специальных образовательных потребностях детей с ограниченными возможностями развития;
- формирование системы знаний об особенностях коррекционной работы с детьми с нарушениями в развитии, а также об основах проектирования коррекционных развивающих программ.

Темы: 1. Категориальный аппарат коррекционной педагогики и специальной психологии.

2. Компенсирующая направленность коррекционной деятельности.

3. Психологические особенности детей с задержкой психического развития.

4. Психологические особенности детей со стойким недоразвитием интеллектуальной сферы.

5. Психологические особенности детей с дефицитным развитием.

6. Синдром раннего детского аутизма.

7. Диагностика психического развития при разных формах дизонтогенеза .

8. Особенности обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии.

Ключевые слова : аномалия развития, аутизм, дизонтогенез, норма здоровья, отклонение, онтогенез, синдром, специальное образование, коррекция, компенсация, детский церебральный паралич, умственная отсталость, олигофрения, задержка психического развития, специальные образовательные потребности, этиология, этиопатогенез.

## Содержание

1. Лекция 1. Категориальный аппарат коррекционной педагогики и специальной психологии.....	8
1.1. Специальная психология как наука .....	
1.2. Специальная педагогика как наука .....	
1.3. Вопросы для самоконтроля.....	
1.4. Задания для практики.....	
1.5. Глоссарий по теме 1.....	
1.6. Использованные информационные ресурсы.....	
2. Лекция 2. Компенсирующая направленность коррекционной деятельности.....	68
2.1. Компенсация, коррекция и реабилитация как категории специальной психологии и педагогики.....	
2.2. Коррекционно-педагогическая деятельность как психолого-педагогическая проблема.....	
2.3. Вопросы для самоконтроля.....	
2.4. Задания для практики.....	
2.5. Глоссарий по теме 2 .....	
2.6. Использованные информационные ресурсы.....	
3. Лекция 3. Психологические особенности детей с задержкой психического развития.....	120
3.1. Понятие и классификация ЗПР. ....	
3.2. Психологические особенности детей с ЗПР .....	

3.3. Вопросы для самоконтроля.....	
3.4. Задания для практики.....	
3.5. Глоссарий по теме 3 .....	
3.6. Используемые информационные ресурсы.....	
4. Лекция 4. Психологические особенности детей со стойким недоразвитием интеллектуальной сферы.....	148
4.1. Понятия и классификация умственной отсталости. Психологические особенности детей-олигофренов.....	
4.2. Органическая деменция .....	
4.3. Вопросы для самоконтроля.....	
4.4. Задания для практики.....	
4.5. Глоссарий по теме 4 .....	
4.6. Используемые информационные ресурсы.....	
5. Лекция 5. Психологические особенности детей с дефицитным развитием.....	180
5.1. Речевые нарушения.....	
5.2. Характеристика детей с нарушениями функций слухового и зрительного анализаторов.....	
5.3. Детский церебральный паралич.....	
5.4. Вопросы для самоконтроля.....	
5.5. Задания для практики.....	
5.6. Глоссарий по теме 5 .....	

5.7. Используемые информационные ресурсы.....	
6. Лекция 6. Синдром раннего детского аутизма.....	222
6.1. Понятие «синдром раннего детского аутизма».....	
6.2. Причины развития детского аутизма.....	
6.3. Особенности психического развития аутичного ребенка.....	
6.4. Вопросы для самоконтроля.....	
6.5. Задания для практики.....	
6.6. Глоссарий по теме 6.....	
6.7. Используемые информационные ресурсы.....	
7. Лекция 7. Диагностика психического развития при разных формах дисонтогенеза.....	252
7.1. Общие вопросы диагностики психического развития детей.....	
7.2. Задачи и принципы изучения детей с нарушениями в развитии.....	
7.3. Методы изучения детей с нарушениями развития.....	
7.4. Процедура психологического исследования.....	
7.5. Методики исследования мышления и речи (по О.Н. Усановой).....	
7.6. Психологическое заключение.....	
7.7. Вопросы для самоконтроля.....	
7.8. Задания для практики.....	
7.9. Глоссарий по теме 7.....	
7.10. Используемые информационные ресурсы.....	
8. Лекция 8. Особенности обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии.....	300

- 8.1.Коррекционно-педагогическая работа с детьми в условиях специальных учебно-воспитательных учреждений (школы I-VIII видов). .....
- 8.2.Вариативные формы организации учебно-воспитательного процесса и технологии обучения детей с отклонениями в развитии (классы выравнивания, компенсированного обучения, педагогической поддержки и др.).....
- 8.3. Вопросы для самоконтроля.....
- 8.4. Задания для практики.....
- 8.5. Глоссарий по теме 8 .....
- 8.6. Используемые информационные ресурсы.....
- Глоссарий.....

## **Лекция 1.**

### **Категориальный аппарат коррекционной педагогики и специальной психологии**

Аннотация. В данной теме раскрываются методологические основы таких дисциплин как специальная психология и коррекционная педагогика.

Ключевые слова. Психология специальная, педагогика коррекционная, норма, патология, олигофренопсихология, тифлопсихология, сурдопсихология, патопсихология, олигофренопедагогика, тифлопедагогика, сурдопедагогика, логопедия.

Методические рекомендации по изучению темы. Вначале необходимо изучить теоретическую часть с определением основных понятий. После этого следует ответить на теоретические вопросы и решить практические задания, приведенные в конце темы. Для контроля усвоения материала необходимо пройти тестирование по данной теме. Вопросы, возникшие при изучении данной темы, можно обсудить в разделе Обсуждений.

#### 1.1. Специальная психология как наука.

Предмет и задачи специальной психологии. Специальная психология исследует различные формы и стороны развития психики в неблагоприятных условиях. Иначе говоря, её может интересовать то, как протекает процесс психического развития в самых патогенных ситуациях; как и каким образом могут изменяться в зависимости от многообразных параметров этих условий

различные характеристики психогенеза. В данном контексте особый исследовательский интерес будет связан также с изучением запаса прочности процесса развития. Каким образом психике, даже в осложнённых, стеснённых условиях, удаётся сохранять свою целостность, реализуя основные функции по адекватному отражению окружающего мира и регуляции поведения?

При этом неблагоприятные ситуации сами по себе не всегда способны вызвать отклонения в развитии. Многое будет определяться сочетанием разнообразных характеристик индивида, опосредующих их воздействие. Поэтому одни и те же условия для разных людей могут иметь различные последствия. Неблагоприятная ситуация признаётся патогенной, способной спровоцировать те или иные отклонения в развитии, если сила её воздействия превышает компенсаторные возможности индивида и относительно устойчиво изменяет характеристики актуального функционирования психики в параметрах точности, полноты и скорости отражательных и регуляторных функций и в результате изменяет темп её возрастного развития.

Осложнёнными условиями могут быть нарушения в деятельности анализаторов, опорно-двигательного аппарата, разнообразные церебральные, речевые расстройства, то есть факторы внутреннего порядка. Существуют и внешние неблагоприятные факторы, которые формируются при серьёзных и длительных деформациях социальной ситуации развития - тяжелые психотравмирующие обстоятельства жизни, воспитание за пределами семьи, несоответствующие возрасту ребёнка образ жизни, виды деятельности, требования и ожидания со стороны взрослых. Последнее может касаться, в

частности, детей, рано и ярко проявивших какое-то дарование и в связи с этим начинавшим раннюю профессиональную подготовку, а то и профессиональную деятельность. Даже сама по себе нестандартность одарённых детей может существенно менять систему отношений к ним, что способно выступить в качестве осложнённой ситуации развития.

Таким образом, предметом специальной психологии является изучение процесса психического развития в стеснённых обстоятельствах. Само же нарушенное развитие, являющееся следствием воздействия этих обстоятельств, представляет собой стойкое изменение параметров актуального функционирования психики и темпов её возрастной динамики, достоверно отличающихся от средних значений, характерных для данного возраста.

В качестве отдельных направлений в специальную психологию входят: психология умственно отсталых (олигофренопсихология), психология слепых и слабовидящих (тифлопсихология), психология детей с недостатками речи, психология детей с задержкой психического развития, психология слепоглухих и психология лиц с недостатками опорно-двигательного аппарата.

В задачи специальной психологии входит:

- изучение закономерностей и особенностей психического развития детей и взрослых с различными психическими и физическими недостатками в разных условиях, и прежде всего в условиях коррекционного обучения;
- создание методов и средств психологической диагностики нарушений

развития;

- разработка средств психологической коррекции недостатков развития;
- психологическое обоснование содержания и методов обучения и воспитания в системе специальных образовательных учреждений;
- психологическая оценка эффективности содержания и методов обучения детей с недостатками развития в разных условиях;
- психологическое изучение социальной адаптации лиц с недостатками;
- психологическая коррекция дезадаптации.

В настоящее время наиболее актуальной задачей является разработка диагностических методик.

Методы. В специальной психологии 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 (например, анализ письменных работ детей, изучение их рисунков, предметов, производимых ими в процессе трудового обучения и др.),
- анкетирование,
- проективные методики,
- обучающий эксперимент,
- условно-рефлекторные методики.

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

Так, экспериментально-психологические методики, используемые в индивидуальном или групповом лабораторном психологическом эксперименте, представляющие собой различные задания, выполнение которых требует применение обследуемым определённых операций и действий, позволяют выявить наличие и особенности этих действий, позволяют выявить наличие и особенности этих действий у обследуемого ребёнка, свойства его личности.

Практически всякое задание, независимо от его основной направленности при обследовании ребёнка, в большей или меньшей мере позволяет видеть его интеллектуальные возможности, так как, для того чтобы выполнить задание, необходимо понять инструкцию и на основе её понимания осуществить определённые действия. Чем сложнее инструкция, тем большим должно быть участие мыслительных процессов в её понимании (независимо от степени сложности самого задания). Это должно учитываться при проведении экспериментов с детьми, имеющими недостатки развития. Уже из этого следует, что каждая экспериментально-психологическая методика имеет ограничения, связанные с особенностями конкретного недостатка развития, а также определённые возрастные границы своего применения. Так, например, анкетирование можно применять при изучении детей с недостатками развития более старшего возраста, хотя в экспериментах с нормально развивающимися

это возможно раньше.

Особое значение при изучении детей с недостатками развития приобретает наблюдение. Из-за ряда особенностей этих детей применение экспериментальных методик в раннем и дошкольном возрасте часто не даёт значимых результатов. Тщательное наблюдение за поведением ребёнка должно осуществляться и в экспериментальных ситуациях. Такое наблюдение может дать очень многое для понимания характера трудностей ребёнка при выполнении им различных заданий.

Требует специальной разработки метод анкетирования родителей, воспитателей, педагогов для оценки уровня и особенностей развития ребёнка в раннем возрасте. При этом наиболее значимые данные могут быть получены не исследователем в короткие периоды специально организованных наблюдений, а теми, кто видит ребёнка ежедневно на протяжении многих часов, кто наблюдает динамику его развитие в течение длительного периода времени.

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

Важную методологическую проблему специальной психологии

составляет разработка и применение невербальных психологических методик.

Поскольку у нескольких категорий детей с отклонениями развития имеются значительные недостатки словесной речи, затрудняющие понимание ими словесных инструкций и ответы на задания в словесной форме, трудно, а то и невозможно выявить уровень умственного развития этих детей, используя словесные задания.

Невербальные задания, решение которых может быть выражено в форме практических действий, позволяют обойти эти трудности и получить представление, например, об интеллектуальных возможностях ребёнка или об особенностях восприятия.

Прямо противоположная ситуация имеет место при изучении детей с глубокими недостатками зрения. Применение зрительно воспринимаемых заданий становится невозможным. Часть заданий наглядного характера может быть представлена в рельефной форме, воспринимаемой осязательно. Однако не все методики могут быть преобразованы таким путём. Поэтому намного большее значение, чем при исследовании лиц с нормальным зрением, приобретают вербальные задания и особый их подбор с учётом своеобразия речи незрячих.

Категориальный аппарат, принципы специальной психологии

Категориальный аппарат представляет собой систему понятий, воспроизводящих разные стороны изучаемого наукой объекта. В используемых

специальной психологией категориях можно выделить две большие группы. Первая из них - это общепсихологические понятия, отражающие родство данной дисциплины с психологической наукой в целом. В эту группу входят такие понятия, как «психическая деятельность», «сознание», «личность», «мотив», «смысловая сфера», «образ», «значение», «операция», «интериоризация», «речевое опосредование», и многие другие.

Вторая группа составляет класс специально-психологических категорий или терминов из смежных дисциплин. К ним относятся: «дизонтогенез», «системные отклонения», «ретардация», «компенсация», «коррекция», «реабилитация», «интеграция», «асинхрония», «регресс», «депривация» и т.д.

Одним из центральных в категориальном строю специальной психологии является понятие "высшие психические функции", введенное Л. С. Выготским. Сами высшие психические функции представляют собой сложнейшие системные образования, характеризующиеся прижизненным формированием, опосредованным строением и произвольным способом регуляции. В силу этого они обладают высокой степенью пластичности за счёт взаимозаменяемости входящих в их состав элементов. Неизменным остаются цель (задача) и конечный результат. Средства достижения поставленной задачи могут быть вариативны. Пластичность высших психических функций, как одно из их свойств, лежит в основе компенсаторных процессов, восстановления нарушенных или утраченных функций путём внутренней перестройки.

Помимо собственного категориального аппарата каждая наука должна обладать также системой объяснительных принципов, предельно общих

представлений, использование которых позволяет относительно непротиворечиво и последовательно понимать и объяснять изучаемые явления.

Прикладные науки, к которым относится и специальная психология, как правило, пользуются системой объяснительных принципов, созданной в рамках фундаментальных дисциплин. Поэтому сформулированные в общей психологии принципы являются едиными для всех отраслей психологической науки. При этом принципы не являются универсальными и действуют в пределах только одной психологической школы, в рамках которой они и были разработаны. Постулаты, о которых речь пойдёт ниже, сформулированы в рамках традиций отечественной психологической школы и основаны на идеях Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, Б. Г. Ананьева, С.Л.Рубинштейна и др.

Принцип отражательности заключается в том, что все психические явления, во всём их многообразии, представляют собой особую, высшую форму отражения окружающего мира в виде образов, понятий, переживаний. Процесс развития психики - не что иное, как совершенствование способности к отражению. Психика всегда и везде остаётся субъективным отражением объективной действительности, либо объективизированным отражением субъективной реальности.

С этой точки зрения любые формы отклонений в психическом развитии - затруднения в процессе становления разных сторон отражательной деятельности психики. Эти затруднения могут касаться развития образного отражения, понятийного (вербально-логического), эмоционально-смыслового и

т.д. Отражение при этом может страдать с точки зрения полноты, точности, глубины, но оно всегда остаётся принципиально адекватным, в целом верным, правильным.

С. Л. Рубинштейн так сформулировал принцип детерминизма: внешняя причина всегда действует, преломляясь через внутреннее условие. К категории "внутренние условия" относится широкий спектр явлений, начиная от возраста, пола, особенностей ВНД и кончая актуальным эмоциональным состоянием, образованием, профессией и пр. Самое простое понимание принципа детерминизма в специальной психологии - не бывает и не может быть беспричинных отклонений в развитии. Причина может быть известна или неизвестна, но она объективно существует. Один и тот же фактор может приводить к различным формам отклонений, равно как и то, что разные причины могут приводить к одному и тому же типу отклонения в развитии. Характер отклонения зависит не только от особенностей патогенного фактора, но и от возраста, силы защитных механизмов индивида и целого ряда других особенностей. Через эти внутренние условия и преломляется внешнее воздействие патогенного фактора.

Ведущим фактором развития вообще (как нормального, так и отклоняющегося) является обучение. Этот фактор принадлежит к категории позитивных детерминант. Для лиц с ограниченными возможностями обучение выступает также как способ исправления имеющихся нарушений. Развитие особого ребёнка есть точка приложения противодействующих сил, обозначенных как негативная (основное нарушение) и позитивная (обучение и

коррекция) детерминанты, которые преломляются через «внутренние условия».

Сущность генетического, или принципа развития сводится к положению о том, что все психические явления необходимо рассматривать исключительно в динамическом плане, то есть в процессе развития и становления. Развитие есть универсальный способ существования психических явлений. С точки зрения С. Л. Рубинштейна, психология должна рассматривать психическое, взятое в процессуальном, динамическом аспекте, в плане внутренних механизмов его развития.

Для специальной психологии генетический принцип является центральным в силу самого предметного содержания этой отрасли изучение того, как протекает процесс развития в неблагоприятных условиях, какие стороны формирующейся психики могут быть нарушены, как развиваются компенсаторные механизмы и т.д.

Поэтому для специальной психологии категория развития предстаёт одной из центральных, ибо само нарушенное развитие понимается как особый способ генеза психики. Несмотря на наличие определённой специфики, обозначенной понятием «особый способ», отклоняющемуся развитию свойственно то же самое, что и для развития вообще: перманентное формирование количественных и качественных новообразований, необратимость.

Отклоняющееся развитие представляет собой весьма сложное новообразование: одни стороны развивающейся психики могут оставаться

относительно сохранными, другие проявляют признаки нарушений. Иначе говоря, в процесс онтогенеза вплетается системогенез - процесс последовательного разворачивания в возрастном плане симптомов отклонения. Например, врождённое или рано приобретённое снижение остроты слуха в своё время приведёт к отставанию в речевом развитии, что неминуемо окажет влияние на формирование мышления, произвольную регуляцию поведения, коммуникативные навыки.

Таким образом, симптомы отклонений следует рассматривать как динамическое образование - в качестве закономерного процесса в генетическом плане.

Принцип единства сознания (психики) и деятельности предполагает, что психика проявляется в процессе внешней материальной деятельности человека, составляя её внутренний план. Внутренняя психическая деятельность вырастает из внешней предметной, поэтому по своему составу они принципиально схожи. При этом осуществляются многообразные взаимопереходы: предметная превращается в психическую (интериоризация) и наоборот (экстериоризация).

Объектом восприятия выступает не сама психика, а лишь её внешние проявления, анализируя которые изучаются стоящие за ними внутренние процессы. Связь сознания и деятельности не носит прямого характера. Одно и то же психическое явление может иметь совершенно разные поведенческие эффекты, а один и тот же поведенческий акт может быть вызван совершенно разными внутренними феноменами.

Например, у ребёнка выраженные трудности в усвоении письменной

речи. Нарушение любого из внутренних психологических образований может привести к нарушениям предметной деятельности в целом. Одного факта, справился или не справился ребёнок с заданием, недостаточно. Психолог должен ответить на вопрос, по какой внутренней причине происходят внешние сбои в деятельности. Для решения этого вопроса необходимо многообразное варьирование условий протекания деятельности.

Отрасли специальной психологии:

Олигофренопсихология - изучает структуру интеллектуального дефекта, особенности психического развития и возможности его коррекции у людей с тяжелыми формами недоразвитости мозга, а также особенности психической деятельности людей при различных формах врожденного или раноприобретенного психического недоразвития (умственной отсталости) в результате ранних органических поражений головного мозга (врожденные дефекты нервной системы, результат болезни или травмы), исследует их психологические особенности, формы и степень выраженности дефекта.

Сурдопсихология - изучает закономерности развития психической деятельности индивида с недостатками слуха, в частности в условиях специального обучения. При нарушении слуха не только существенно затрудняется формирование речи и словесного мышления, но и страдает развитие познавательной деятельности в целом. Основной задачей сурдопсихологии является обнаружение компенсаторных возможностей, за счет которых могут быть преодолены недостатки слуха, получено достаточное образование, обеспечено участие в трудовой деятельности.

Тифлопсихология - изучает закономерности развития психической деятельности индивида с полностью или частично нарушенным зрением. При таких нарушениях страдает не только ориентировка в пространстве, но и, в силу замедленности и неполноты формирования сенсорного опыта, нарушается развитие наглядно-образного мышления. Основной задачей тифлопсихологии является компенсация отсутствующего зрения за счет интенсификации работы других анализаторов (слуха, осязания), а также формирование "чувства препятствия".

Для построения адекватных образов предметов могут подключаться процессы воображения, при этом формирование логической памяти обычно опережает развитие образной.

Теория Л.С. Выготского о первичных (ядерных) и вторичных особенностях психики.

К первичным дефектам относятся частные и общие нарушения функций центральной нервной системы, а также несоответствие уровня развития возрастной норме (недоразвитие, задержка, асинхрония, и т.п.), нарушение межфункциональных связей.

Первичный дефект является следствием таких нарушений как недоразвитие или повреждения мозга. Возможно, их сочетание. Выявление первичного дефекта и работы по его возможному уменьшению относятся к задачам невропатолога, психиатра, патопсихолога.

Проявляется первичный дефект в виде нарушений слуха, зрения, нарушений умственной работоспособности, мозговых дисфункций.

Вторичный дефект возникает в ходе развития ребенка с нарушениями психофизического развития, в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений, а напротив детерминирует отклонения в личностном развитии. То есть, дефект, препятствующий нормальному общению ребенка со сверстниками и взрослыми, тормозит усвоение им знаний и навыков, культурных ценностей.

Норма и патология.

Определение «степени нормальности» человека — сложная и ответственная междисциплинарная проблема. Личностно ориентированный подход, являющийся в настоящее время основной стратегией как отечественной, так и мировой системы образования на всех его уровнях, требует от любого педагога владения необходимыми знаниями и навыками, позволяющими ему обеспечить «индивидуальную траекторию развития» не только так называемого среднестатистического ребенка, но ребенка, отличающегося яркой индивидуальностью и неповторимостью.

В связи с этим «норма» по отношению к уровню психосоциального развития человека все больше «размывается» и рассматривается в различных значениях.

Статистическая норма — это такой уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры и т.д. Ориентация на статистическую норму развития тех или иных психических качеств особенно

важна на этапе первичной диагностики психического состояния ребенка при определении характера основного нарушения, его выраженности. Обычно статистическая норма представляет собой определенный диапазон значений развития какого-либо качества (роста, веса, уровня развития интеллекта, отдельных его составляющих и т. п.), расположенных около среднего арифметического, как правило, в пределах стандартного квадратичного отклонения.

Функциональная норма. В основе концепции функциональной нормы лежит представление о неповторимости пути развития каждого человека, а также о том, что любое отклонение можно считать отклонением только в сопоставлении с индивидуальным трендом развития каждого человека. Другими словами, это своего рода индивидуальная норма развития, которая является отправной точкой и одновременно целью реабилитационной работы с человеком, независимо от характера имеющихся у него нарушений. В данном контексте следует признать, что достигнутое состояние только тогда можно считать нормой, когда в процессе самостоятельного развития или в результате специальной коррекционно-педагогической работы наблюдается такое сочетание взаимоотношений личности и социума, при котором личность без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности и при этом в полной мере отвечает тем требованиям, которые предъявляет к ней социум в зависимости от возраста, пола, уровня психосоциального развития. Это своего рода гармоничный баланс между возможностями, желаниями и умениями, с

одной стороны, и требованиями со стороны социума — с другой.

Именно обретение ребенком такого баланса, несмотря на различные первичные нарушения, и является основным критерием эффективности оказываемой ребенку помощи.

Идеальная норма — это некое оптимальное развитие личности в оптимальных для нее социальных условиях. Можно сказать, что это высший уровень нормы функциональной.

Социальные нормы контролируют поведение человека, заставляя его соответствовать некоторому желаемому (предписываемому со стороны окружения) или установленному властью образцу.

Индивидуальная норма предполагает сравнение состояния человека не с другими людьми, а с состоянием, в котором человек обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным (а не предписываемым обществом) целевым установкам, жизненным ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни. Другими словами, индивидуальная норма есть идеальное с точки зрения индивида, а не доминирующей социальной группы или ближайшего окружения состояние, учитывающее работоспособность и возможности самореализации конкретного человека.

Для оценки нормальности (соответствия норме) психологического состояния личности, в зависимости от цели, психологом или психиатром могут применяться любые из перечисленных норм. Поэтому процесс оценки психологического состояния (статуса) индивида очень часто приобретает скрытый политический и подверженный идеологическому влиянию характер,

поскольку в конечном итоге критерием оценки оказывается система ценностей, доминирующая в обществе или в сознании отдельно взятой группы людей.

Любое отклонение от установленной нормы может характеризоваться как патология. В медицинском лексиконе под патологией обычно подразумевается нарушение на биологическом уровне функционирования организма. Однако в клинической психологии в содержание понятия «патология» также включаются и такие отклонения от нормы, в которых нет никаких биологических компонентов (отсюда вполне возможно и правомерно употребление терминов «патологическая личность» или «патологическое развитие личности»). Употребление слова «патология» акцентирует внимание на том, что нормальное состояние, функционирование или развитие личности изменяется вследствие морфо-функциональных нарушений (т. е. на уровне мозговых, психофизиологических, эндокринных и иных биологических механизмов регуляции поведения).

В отношении биологической нормы можно установить более или менее четкие объективные границы допустимого разброса уровней функционирования человека, при котором организму не угрожает гибель от структурных и функциональных изменений. В отношении же определения психической нормы никаких четких объективных границ установить нельзя, поскольку здесь доминирует произвольный оценочный, нормативный подход. Установление пределов, характеризующих норму, оказывается тесно связано с теоретическими представлениями о природе личности, в которых моделируется некоторое идеальное представление о человеке как социальном существе.

Например, в классическом психоанализе гомосексуальность трактуется как патология, тогда как в современных психологических теориях, ориентированных на понятие индивидуальной нормы, - как норма.

Оригинальное значение древнегреческого слова *patos*, от которого и происходит термин «патология», - это страдание. Следовательно, под патологией можно понимать только такие отклонения от нормы, при которых человек чувствует эмоциональный дискомфорт. Например, для специфических проявлений сексуальных предпочтений, требующих клинико-психологического вмешательства, сейчас используются термины «эгодистонический» и «эгосинтонический». Эгодистонический тип проявления характеризуется выраженным беспокойством по поводу своих предпочтений, наличие которых вызывает у человека страдание и желание их изменить. Эгосинтонический тип проявления характеризуется восприятием своих предпочтений как естественных, согласующихся с представлениями о собственной личности. Соответственно, «патологическим» признается только такое сексуальное предпочтение, которое доставляет человеку эмоциональный дискомфорт и поэтому отвергается им. Однако в области психических, личностных и поведенческих отклонений от нормы у человека зачастую не возникает никакого субъективного дискомфорта и чувства страдания.

Употребление слова «патология» также предполагает наличие одной ведущей причины отклонения от нормы. Однако у одного и того же психического состояния может быть не одна, а несколько порой противоположных причин не только биологического, но и социального

происхождения. Например, депрессии могут быть обусловлены нейрохимическими нарушениями (пониженная активность биогенных аминов - серотонина, норадреналина, дофамина), нейрогормональными изменениями, вызванными гиперактивностью системы «гипоталамус - гипофиз - надпочечники» (повышенное выделение кортизола). Но депрессии с такой же вероятностью могут также вызываться жизненной ситуацией (не только текущими условиями жизни, но и культурными, эпохальными, политическими и т. д.), а также мотивационно обусловленными особенностями когнитивной переработки информации (интерпретации событий). И если вспомнить одну из базовых теоретико-методологических проблем клинической психологии, касающуюся связи мозга и психики, то трудно однозначно утверждать, изменения какого уровня выступают первопричиной наблюдаемых отклонений от нормы.

Наконец, в термине «патология» очень сильно выражен оценочный компонент, позволяющий навешивать на любого человека, не соответствующего доминирующим идеальным или статистическим нормам, ярлык «больного».

По причине трех перечисленных особенностей употребления слова «патология» (обязательное наличие у отклоняющегося от нормы человека страдания, плохого самочувствия; предположение о действии одной ведущей причины нарушения; выраженный оценочный компонент) многие ученые выступают за его исключение из лексикона психиатров и клинических

психологов, предлагая взамен использование термина «расстройство», ограничив применение слова «патология» только биологическим уровнем нарушений.

Расстройство означает отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния. Употребление термина «расстройство» не предполагает обязательного наличия для того или иного отклонения от нормы однозначных причинно-следственных связей его возникновения. Расстройства могут вызываться взаимодействием ряда факторов биологического, психологического и социального уровня, причем в каждом конкретном случае тот или иной фактор может оказаться ведущим в начале, развитии или исходе нарушения. Поэтому использование в клинической психологии слова «расстройство» кажется сегодня более предпочтительным.

Определение психического расстройства опирается на три базовых критерия:

1) отдельные типы реакций, превышающие статистически выявленную частоту их возникновения у большинства людей в определенной ситуации в некоторый промежуток времени (например, если пять из девяти признаков депрессии наблюдаются у человека на протяжении двух недель и более, то только такое состояние признается расстройством);

2) состояния, мешающие человеку адекватно реализовывать поставленные им перед собой цели и поэтому наносящие ему ущерб (так называемые «дисфункциональные состояния»);

3) типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб

сам индивид или приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям.

С точки зрения специальной психологии очень важно рассмотрение условия нормального развития ребенка. Можно выделить основные 4 условия, необходимые для нормального развития ребенка, сформулированные Г.М. Дульневым и А. Р. Лурия.

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

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

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

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

Основная дихотомия (деление на две части) традиционно идет по линии или врожденности каких-либо особенностей организма, или их приобретенности в результате средовых воздействий на организм.

По времени воздействия патогенные факторы делятся на:

- пренатальные (до начала родовой деятельности);
- натальные (в период родовой деятельности);
- постнатальные (после родов, прежде всего имевшие место в период с раннего детства до трех лет).

Согласно клинико-психологическим материалам наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие воздействия повреждающих вредностей в период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга, т.е. на ранних этапах эмбриогенеза, в начале беременности. Факторы, нарушающие развитие ребенка, находящегося в утробе матери (включая состояние здоровья матери), называются тератогенами.

К биологическим факторам риска, способным вызвать серьезные отклонения в физическом и психическом развитии детей, относятся:

- хромосомно-генетические отклонения как наследственно обусловленные, так и возникшие в результате генных мутаций, хромосомных aberrаций;
- инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, токсоплазмоз, грипп);
- венерические заболевания (гонорея, сифилис);
- эндокринные заболевания матери, в частности диабет;
- несовместимость по резус-фактору;
- алкоголизм и прием наркотиков родителями, и особенно матерью;
- биохимические вредности (радиация, экологическое загрязнение

окружающей среды, наличие в окружающей среде тяжелых металлов, таких, как ртуть, свинец, использование в агротехнике искусственных удобрений, пищевых добавок, неправильное использование медицинских препаратов и др.), воздействующие на родителей до наступления беременности или на мать во время беременности, а также на самих детей в ранние периоды постнатального развития;

- серьезные отклонения в соматическом здоровье матери, включая недоедание, гиповитаминоз, опухолевые заболевания, общую соматическую ослабленность;

гипоксические (кислородная недостаточность);

- токсикозы матери во время беременности, особенно во второй ее половине;

патологическое протекание родовой деятельности, особенно сопровождающееся травматизацией головного мозга;

- мозговые травмы и тяжелые инфекционные и токсико-дистрофические заболевания, перенесенные ребенком в раннем возрасте;

□ хронические заболевания (такие, как астма, заболевания крови, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез и др.), начавшиеся в раннем и дошкольном возрасте.

□ Любая наука, изучая свой предмет, прежде всего, стремится выявить те законы, по которым этот предмет существует. В закономерностях нарушенного развития (сформулированы В.И. Лубовским), можно выделить три группы:

Общие или главные закономерности;

Модально неспецифические закономерности;

Модально специфические закономерности.

Дизонтогенез

Термин «дизонтогенез» был введен представителями клинической медицины для обозначения различных форм нарушения нормального онтогенеза, возникающих в детском возрасте, когда морфофункциональные системы организма еще не достигли зрелости. Первым термин «дизонтогенез» употребил в 1927 г. Швальбе для обозначения отклонений в формировании структур организма в период внутриутробного развития.

Нарушенное развитие обладает определенной структурой и свойствами.

Наиболее обобщенно в специальной психологии воспроизвел основные характеристики (параметры) нарушенного развития В.В.Лебединский:

Первый параметр: функциональная локализация нарушений. Выделяют два вида дефектов: частный и общий. Первый связан с нарушениями отдельных функций: восприятия, предметных действий, речи и т.д. Второй проявляется в дисфункциях разных сторон регуляторных систем.

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

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

интеллектуальные дефекты — умственная отсталость и задержка психического развития.

Второй параметр связан, с временем появления того или иного нарушения. Как указывал Л.С. Выготский, чем раньше возникает то или иное нарушение, тем тяжелее его последствия для психического развития. Причем для раннего возраста наиболее характерны явления недоразвития, в то время как на более поздних этапах онтогенеза вероятнее всего преобладание повреждения и распада психических функций. Фактор хроногенности определяется не только возрастом, в котором у ребенка возникло нарушение, но и длительностью развития определенной функции. Общим законом развития является то, что раньше других формируются функции с коротким временным циклом своего созревания. Именно эти функции чаще всего повреждаются. Более «молодые» функции имеют и соответственно более длительный цикл формирования — сложные образования дольше развиваются. В отношении этих функций в случае воздействия патогенного фактора речь, скорее всего, может идти или о недоразвитии, или о задержанном развитии. Временной фактор имеет и еще один аспект. В период наиболее интенсивного развития (сензитивный период) психические функции, как правило, характеризуются снижением уровня резистентности по отношению к воздействию патогенного фактора.

Третий параметр дизонтогенеза характеризует взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом.

Исходя из идеи о системном строении дефекта, Л. С. Выготский

(1960), как указывалось выше, предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов: первичные — нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (нарушения слуха и зрения при поражении органов чувств, детские церебральные параличи, локальные поражения определенных корковых зон и т. д.), и вторичные, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития. Это деление принципиально важно для изучения аномалий развития.

Первичный дефект может иметь характер недоразвития или повреждения. Часто наблюдается и сочетание (например, при осложненной олигофрении — недоразвитие корковых систем и повреждение подкорковых). В тех случаях, когда субстрат болезненного процесса неизвестен (например, при шизофрении), выделяется не первичный, а «основной» дефект, который определяется местом, занимаемым тем или иным нарушением в общей структуре психической недостаточности при данном заболевании.

Вторичный дефект, по мнению Л. С. Выготского является основным объектом в психологическом изучении и коррекции аномального развития. Его структура включает в себя ряд компонентов, отражающих как своеобразие болезненного процесса, так и закономерности, определяющие особенности дизонтогенеза в детском возрасте.

Механизм возникновения вторичных нарушений различен. Вторично недоразвиваются те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной — так называемое специфическое недоразвитие. Сюда, например, относится недоразвитие понимания речи у детей с нарушениями

слуха.

Вторичное недоразвитие характерно и для тех функций, которые в момент воздействия вредности находятся, как указывалось, в сензитивном периоде. В результате разные вредности могут в определенной мере приводить к сходным результатам. Так, например, в дошкольном возрасте наиболее интенсивно развивающимися и наиболее уязвимыми являются две функции: произвольная моторика и речь. Обе они нарушаются чаще всего при самых различных вредностях, давая задержку речевого развития, недоразвитие произвольной регуляции действия с явлениями двигательной расторможенности.

Специфичность недоразвития уменьшается по мере удаления от основного дефекта. Чем сложнее психический процесс, чем больше опосредован он рядом межцентральных взаимодействий, тем больше факторов может привести к конечному сходному результату вторичных нарушений. Так, например, нарушение сенсорной стороны речи наряду со специфическими вторичными нарушениями обуславливает и задержку психического развития, которая будет проявляться в замедлении становления логических форм мышления, эмоциональном недоразвитии и т. д. Явления задержки психического развития могут наблюдаться в структуре нервно-психических расстройств и при патологии других систем, нарушениях зрения, слуха, двигательной и эмоциональной сферы.

В зависимости от места первичного дефекта направление вторичного недоразвития может быть «снизу вверх» или «сверху вниз». Л. С. Выготский

считал основной координатой вторичного недоразвития направление «снизу вверх» — от элементарных функций к более сложным. Однако ряд данных позволяет считать, что вторичное недоразвитие может наблюдаться не только в отношении высших, но и базальных функций. Известно, что в онтогенезе развитие идет не только «снизу вверх», но и «сверху вниз». В последнем случае развитие высших функций стимулирует перестройку базальных, внося в них новые задачи и цели. В случае дефекта высших уровней такого «подтягивания» не происходит, возникает вторичное недоразвитие базальных систем (недоразвитие «сверху вниз»). Так, например, при олигофрении недоразвитие мышления способствует и вторичному недоразвитию потенциально более сохранных гнозиса и праксиса.

Важнейшим фактором возникновения вторичных нарушений развития является фактор социальной депривации. Дефект, в той или иной мере препятствуя общению, тормозит приобретение знаний и умений. Своевременно не осуществленная психолого-педагогическая коррекция трудностей приводит к выраженной вторичной микросоциальной и педагогической запущенности, ряду расстройств в эмоциональной и личностной сфере, связанных с постоянным ощущением неуспеха (заниженность самооценки, уровня притязаний, возникновение аутистических черт и т. д.).

Необходимость наиболее ранней коррекции вторичных нарушений обусловлена особенностями самого психического развития детского возраста. Пропущенные сроки в обучении и воспитании автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, а возникшее отставание требует

уже более сложных и специальных усилий по его преодолению. Трудности в обучении создают не только педагогическую запущенность, но и стойкое отрицательное отношение к школе, которое в более старшем возрасте становится одним из основных факторов, формирующих нарушения поведения у подростков.

Таким образом, в процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениям. Если на первых этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является первичный дефект, а затем вторично возникшие явления психического недоразвития, а также негативные личностные установки, вызванные неудачами в школе, нередко начинают занимать ведущее место в отношении к обучению иррадиируя на более широкий круг психологических возрастных проблем, препятствовать адекватной социальной адаптации. И наоборот, ранняя психолого-педагогическая коррекция дефекта во многом улучшает прогноз формирования личности и социальной компенсации этой группы детей.

Четвертый параметр дизонтогенеза связан с нарушением межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза.

По современным представлениям физиологии психологии новые качества возникают в результате перестройки внутрисистемных отношений.

В нормальном онтогенезе может быть выделен несколько типов межфункциональных отношений. К ним можно отнести следующие: явления

временной независимости функции, ассоциативные, иерархические связи.

Явления временной независимости функции характерны для ранних этапов онтогенеза. Так, Л. С. Выготский (1934) писал, что до двухлетнего возраста линии развития мышления и речи идут отдельно; позднее, перекрещиваясь, они дают начало новой форме развития. Явления независимости характерны для ранних этапов формирования и отдельных компонентов психических функций. Так, на ранних этапах становления речи наблюдается независимость в развитии ее фонетической и смысловой сторон.

В норме состояние независимости функции имеет относительный характер. Оно может наблюдаться на определенном этапе развития по отношению к одним психическим процессам, с которыми в будущем эта функция может оказаться наиболее тесно связанной (например, речь с мышлением). В то же самое время те же функции временно вступают в разносторонние связи с другими психическими функциями, которые в дальнейшем будут играть для них нередко лишь фоновую роль. Например, роль образных, аффективных компонентов на ранних этапах развития речи ребенка больше, чем в речи взрослого человека.

Второй тип связей — ассоциативный (по Н.А. Бернштейну, 1966) — в качестве ведущего также наблюдается на ранних этапах онтогенеза. При таком типе взаимодействия разрозненные, разномодальные чувственные впечатления объединяются в одно целое на основе временно-пространственной близости. Эти ассоциативные комплексы могут обладать различной степенью сложности, однако сам тип такой организации указывает на малую дифференцированность

психических процессов.

Психические функции, построенные по третьему, иерархическому типу, формируются в процессе усложняющейся предметной деятельности и общения. Как показал Н. А. Бернштейн, иерархический, многоуровневый тип взаимодействия обладает высокой пластичностью и устойчивостью. Это достигается рядом моментов: выделением ведущих (регуляторных) и фоновых (технических) уровней, а также определенной автономностью фоновых уровней, каждый из которых решает свою «личную» задачу. В качестве примера такой сложной многоуровневой организации движения Н. А. Бернштейн (1947) приводит движение руки пианиста: ведущий уровень создает мотив для двигательного акта и осуществляет его основную смысловую коррекцию— приведение звукового результата в соответствие с намерением; автоматизмы фоновых уровней обеспечивают целевую, силовую и точностную организацию движения, а также участие в нем различных синергий. С. Л. Рубинштейн отмечал многоуровневую организацию мыслительного процесса, выделяя в нем «автоматизированные схемы», специфические навыки мышления. «Роль навыков, автоматизированных схем действия в реальном мыслительном процессе, — писал он, — особенно велика именно в тех областях, где имеется очень обобщенная, рациональная схема знаний..., например, при решении математических задач».

В результате такой организации ведущий уровень разгружаясь от контроля за технической сторож процесса, имеет широкие возможности для дальнейшего усложнения в развитии. В условиях такой автономности

нарушения в одном из звеньев при сохранности других ведут к компенсаторной пластичной перестройке психического процесса, а не к нарушению его целостности, как это имеет место при ассоциативном типе организации межфункциональных связей.

В нормальном системогенезе эти типы связей - временная независимость, ассоциативные и, наконец, иерархические, являющиеся наиболее сложным вариантом архитектуры функциональных систем, — отражают уровни функциональной организации психических процессов.

В. В. Лебединский, на основе классификации Г. Е. Сухаревой, выделяет 6 видов психического дизонтогенеза, это:

- 1) психическое недоразвитие, что наблюдается у детей с умственной отсталостью;
- 2) задержанное психическое развитие, наблюдаемое у детей с задержкой психического развития различных форм;
- 3) поврежденное развитие, обусловлено более поздним (после 2,5-3-х лет) патологическим воздействием на мозг ребенка, когда большая часть мозговых систем уже сформирована;
- 4) дефицитное развитие, наблюдаемое у детей с недоразвитием анализаторных систем (слуховые, зрительные, двигательные);
- 5) искаженное развитие, при котором наблюдаются сложные сочетания общего психического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций;
- 6) дисгармоничное развитие, в основе которого лежит врожденная или

рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере.

Этиология нарушений

Систематизация причин нарушений развития

Выявление причин, вызвавших отклонение в развитии, необходимо для научного обоснования психолого-педагогических и медицинских мероприятий, направленных на диагностику, коррекцию, восстановление и компенсацию нарушенных функций.

Под причиной нарушений в развитии понимают воздействие на организм внешнего и/или внутреннего фактора, которые определяют специфику поражения или нарушения психомоторных функций. Изучение этиологии или причин развития нарушений развития в детском возрасте предполагает изучение того, как биологические, психологические и средовые процессы взаимодействуют, что именно приводит к результатам, наблюдаемым в поведении детей спустя какое-то время.

По биологическому, социальному, психологическому и педагогическому аспекту причины нарушений могут быть разнообразны. Нарушения возникают в результате действия наследственных факторов, а также в период внутриутробного (пренатального) или послеродового развития (постнатального).

В настоящее время большая часть причин установлена, в той или иной мере изучена и отражена в специальной литературе. Но до сих пор нет единого мнения, на каком этапе развития индивида и какие причины (или их группы)

доминируют. Например, существуют противоречивые данные о причинах нарушения интеллекта: одни исследователи 90% случаев этих нарушений приписывают пренатальному, 3% – перинатальному и 7% постнатальному периоду, а другие авторы на все эти периоды отводят пропорционально по 1/3 случаев.

Помимо взглядов исследователей, принадлежащих к различным научным школам, различия в выделении причин могут зависеть от экономических условий, культуры и традиций, уровня медицинского обслуживания и других условий конкретной страны или региона, а также от развития науки и общества в целом. Так, развитие специальной психологии и детской патопсихологии позволило выделить факторы риска и факторы жизнеспособности, влияющие на пути развития детей. В самом деле, почему одни и те же вредоносные воздействия у одного ребенка привели к тяжелым нарушениям, а у другого – нет? Поиск ответа на этот вопрос привел к выделению факторов риска и факторов жизнеспособности.

Факторы риска – это условия, которые предшествуют негативному результату и повышают вероятность наступления этого результата. Многие из факторов сегодня значительно отличаются от тех, с которыми люди сталкивались еще в прошлом веке. К таким новым неблагоприятным условиям относятся ставшие особенно заметными в последнее время заболевания, связанные с ВИЧ инфекцией, наркоманией, проблемы адаптации детей из семей иммигрантов, неадекватный уход за ребенком со стороны малоимущих родителей, бездомность и др. Даже прогресс в медицине может иметь

отрицательные последствия: повышение вероятности выживания недоношенного плода способствует увеличению числа детей с трудностями в поведении и обучении.

К факторам риска сегодня относятся бедность (низкий доход в семье влечет за собой низкий уровень образования, недостаточное медицинское обслуживание, плохое питание, ограниченные возможности в приобщении к культуре) и другие негативные социально-экономические условия, а также насилие, пренебрежение жизненными потребностями ребенка, с которыми сталкиваются многие дети и которые оказывают кумулятивное воздействие на их психическое здоровье.

Факторы жизнеспособности – это условия, которые повышают способность человека избегать негативных результатов несмотря на объективную подверженность возникновению нарушения. Понятие факторов жизнеспособности не предполагает какого-то прямого пути, ведущего к конкретному результату; напротив, оно связано с постоянно меняющимися защитными и ослабляющими факторами, имеющими отношение как к самому ребенку (например его темперамент), так и к его окружению (например заботливые родители, бабушки и дедушки), а также взаимодействию ребенка и окружения.

Защитные факторы – это личностные или ситуативные условия, которые уменьшают опасность развития у ребенка расстройства, тогда как ослабляющие факторы приводят к увеличению вероятности возникновения у ребенка трудностей. И те и другие факторы следует рассматривать как процессы, а не как

абсолютные величины, поскольку одно и то же событие или условие может выступать в качестве и защитного, и ослабляющего фактора в зависимости от общих условий, в которых они действуют.

В основе самой распространенной классификации причин нарушений в развитии лежит разделение их на две группы в зависимости от времени и среды воздействия. Выделяют причины внутреннего происхождения (эндогенные) и внешнего происхождения (экзогенные).

Причины нарушений развития эндогенного происхождения

В эту группу причин входят все врожденные нарушения, в том числе наследственные, когда негативные факторы действуют на половые клетки. В этом случае выделяют хромосомные и генетические нарушения.

Чтобы понять важность роли генетического фактора, необходимо вспомнить природу генов. Уникальный геном каждого человека, состоящий из 100 тысяч генов, определяется при зачатии. Гены содержат информацию, поставляемую каждым родителем, и распределены на 22 парах подобных хромосом и одиночной паре половых хромосом. У мужчин пара половых хромосом состоит из X- и Y-хромосомы (XY), а у женщин ее составляют две X-хромосомы (XX).

В сущности, гены – это участки ДНК, сами по себе они не формируют ни поведение, ни эмоции, а могут только продуцировать определенные тенденции реакций человека на окружающую среду. Представление о том, что гены определяют поведение, должно быть заменено более точным утверждением того, что гены влияют на способности человека. У каждого могут быть

различные генетические недостатки, тенденции и предрасположенности, но конечные результаты индивидуальных особенностей редко бывают неизбежными.

Генетические факторы как причины ряда нарушений в развитии были выявлены сравнительно недавно. Некоторые из них проявляются на раннем этапе развития, другие обнаруживают себя годы спустя.

Изменения хромосомной структуры или числа хромосом называют хромосомными абберациями. Хромосомы и находящиеся в них гены составляют единицы наследственности. В составных частях хромосом в закодированном виде хранятся основные признаки человеческого организма, которые и передаются по наследству.

Хромосомные нарушения составляют около 1–1,8% всех наследственных заболеваний и наблюдаются у 5–8% детей, страдающих психическими заболеваниями. Неполноценность родительских половых клеток может быть обусловлена отрицательным влиянием внешних факторов и, в свою очередь, неблагоприятной наследственностью. Так, зарубежные авторы отмечают, что если оба родителя страдают умственной отсталостью, то дети с нарушениями интеллекта рождаются практически в 100% случаев, а если только один из родителей является умственно отсталым, то рождение детей с нарушением интеллекта происходит примерно в половине случаев.

Типичным и широко известным хромосомным нарушением является синдром Дауна или трисомия по 21 хромосоме (присутствие в генетическом наборе ребенка трех вместо двух материнских X-хромосом), который

составляет около 13% всех хромосомных заболеваний и редко бывает наследуемым. Эту болезнь описал английский врач И.Л. Даун в 1866 году. Она встречается с частотой 1,5 на 1000 новорожденных. Для этого синдрома характерны некоторые отличительные физические черты: маленький череп, большой язык, высовывающийся изо рта, миндалевидные глаза, скошенные брови, плоская переносица, короткий, искривленный мизинец, широкие, квадратные кисти со складкой, проходящей через всю ладонь. Эти особенности иногда не слишком заметны, могут проявляться на фоне умственного, речевого недоразвития, моторной неловкости с разной степенью выраженности.

Чаще всего дети с синдромом Дауна рождаются или у очень молодых матерей, или женщин старшего возраста. Наблюдения врачей показывают, что если рожают женщины 20–30 лет, то из 1500 новорожденных один имеет синдром Дауна; если 30–34 лет – 1 из 950; 35-39 лет – 1 из 300, а если 40–44 лет – 1 из 80 младенцев.

Последствием хромосомного нарушения является синдром Клайнфельтера. Для новорожденных, имеющих этот синдром, присущи выраженные психические и физические нарушения. Этот синдром составляет 25% всех хромосомных нарушений. Его провоцирует одна или несколько дополнительных хромосом.

К этой группе нарушений относится также синдром Тернера. Дети с этим синдромом имеют разные нарушения структуры тела и полового развития. Часто у них наблюдаются пороки сердца, нарушения умственного развития. Синдром формируется в случае, когда в хромосомной паре не хватает одной

хромосомы и встречается только у девочек с частотой 1 из 3000.

Последствием хромосомных aberrаций может быть микроцефалия (недоразвитие головного мозга, уменьшение его объема), нарушения слуха, зрения, интеллекта, деформация конечностей. Всего описано около 300 различных хромосомных aberrаций, и этот список постоянно пополняется. На появление хромосомных нарушений влияют радиоактивное излучение и другие виды излучений, отравляющие химические вещества, в том числе некоторые лекарственные препараты, вирусные инфекции.

Большую группу наследственных нарушений составляют генные aberrации. Их в настоящее время известно около 2000, и ежегодно этот список пополняется учеными-генетиками. Генные aberrации могут вызвать как психические, так и физические нарушения. Их последствием могут быть нарушения интеллекта разной степени выраженности. Известно около 30 генных заболеваний, из-за которых нарушается развитие скелета, около 20 форм глухоты.

В отличие от большинства хромосомных нарушений, которые всегда проявляются при рождении ребенка, первые признаки наследственных генных заболеваний выявляются в любом возрасте.

Особую группу наследственных заболеваний составляют ферментопатии, во время которых из-за недостаточности отдельных ферментов повреждаются некоторые биохимические процессы в организме. Рядом с соматической патологией часто развивается слабоумие. В этой группе хорошо исследовано заболевание фенилкетонурия, при котором ребенок

значительно отстает в развитии. Ферментопатии чаще всего выявляются на первых днях и месяцах жизни ребенка.

В настоящее время успехи генетики и медицины позволяют до зачатия ребенка провести генетическое исследование полноценности половых клеток будущих родителей или на ранних сроках беременности выявить генные или хромосомные нарушения и предотвратить появление больного ребенка.

Причины нарушений развития экзогенного происхождения

В данной группе нарушения появляются из-за отрицательного воздействия среды. Они могут быть врожденными или приобретенными.

Большую группу нарушений вызывают неблагоприятные факторы, действующие на организм в период развития плода.

Неблагоприятные воздействия на плод в период от 3 до 10 недель развития могут быть причинами формирования грубых пороков развития нервной системы. В том случае, если нарушения возникают на более поздних этапах развития, выраженность дефекта может варьироваться в разной степени: от грубого нарушения функции или ее полного отсутствия до легкой задержки темпа развития.

Мозг наиболее чувствителен к различным влияниям в критические периоды своего развития, когда формируются наиболее важные «функциональные ансамбли», наблюдается интенсивная дифференциация нервной системы.

Одним из факторов, наиболее отрицательно влияющим на развивающийся организм, является радиация. Большая радиоактивность опасна для здоровья и

жизни как женщины, так и ребенка. Беременная женщина, получив большие дозы радиации, может родить ребенка с различными соматическими и нервными нарушениями.

При повреждении брюшной полости беременной женщины из-за физической травмы может быть поврежден и плод. Особенно опасны сдавливания в этой области. Отрицательное воздействие на эмбрион или плод может оказать вибрация и высокая или очень низкая температура как самой женщины, так и окружающей обстановки. Именно поэтому работа будущей матери на производстве с вредными условиями является серьезным фактором риска рождения больного ребенка.

Отрицательное действие химических веществ, в том числе лекарственных препаратов, проявляется в интоксикации (отравлении) организма. Особенно опасно употреблять новые, не проверенные временем препараты. Так, в 40-х годах 20 в. изобретение стрептомицина и лечение им беременных женщин и новорожденных детей приводило к атрофии слухового нерва и глухоте ребенка. Для будущего ребенка опасны успокаивающие и снотворные препараты, которые проникают через плаценту и накапливаются в мозгу, печени, почках. Катастрофически на развитие плода действует хинин, который некоторые женщины употребляют для избавления от беременности. Чаще всего такая попытка кончается неудачей, а эмбрион сильно поражается и в дальнейшем развивается с тяжелыми нарушениями.

Употребление алкоголя или наркотиков нарушает половые клетки родителей, замедляет физическое развитие плода. Постоянное употребление

75–80 граммов водки, коньяка или 120–150 граммов более слабых алкогольных напитков (среди них и пива) может вызвать алкогольный синдром плода. Этот синдром диагностируется у 2–3 новорожденных из каждой 1000.

Алкогольная интоксикация пагубно воздействует на плод, потому что его печень не имеет фермента, разлагающего алкоголь, и он разносится по всему организму, особенно тяжело поражая головной мозг, в составе которого есть жировые отложения, а алкоголь разрушает именно такие ткани. Из-за воздействия алкоголя может появиться прогрессирующее слабоумие, неврозы, повреждение половых органов, эпилепсия. Установлено, что более 60% детей, страдающих эпилепсией, рождаются у родителей, употребляющих алкоголь.

Наркотики действуют так же, как и алкоголь. Если беременная женщина употребляет героин, ребенок рождается с меньшим весом, медленнее растет, у него наблюдаются судороги и нарушения умственного развития.

Отравление никотином также влияет на нормальное развитие плода. Курящие женщины чаще рожают преждевременно, дети рождаются недоношенными со слабой нервной системой. Курение женщин повышает патологию беременности, опасность осложнений в родах и рождение неполноценного ребенка.

Любые заболевания беременной женщины могут повреждать и действовать на развитие плода. Выделяют несколько групп болезней: паразитарные инфекции, вирусные инфекции, гормональные заболевания и соматические расстройства.

Примером паразитарной инфекции является токсоплазмоз, который

вызывается простейшими одноклеточными организмами, живущими в крови домашних животных. Попадая в кровь женщины, они легко проникают через плацентарный барьер и вызывают тяжелые поражения головного мозга, зрения, слуха ребенка.

На развитие плода могут повлиять грипп, корь, гепатит, паратит, краснуха, сифилис и другие инфекции, которыми может заболеть женщина в период беременности.

Инфекционные поражения эмбриона в первые недели беременности женщины всегда имеют отрицательные последствия, потому что у эмбриона нет защитных механизмов. Инфекционные болезни во время последних месяцев беременности могут и вовсе не вызвать нарушений развития плода. Исключение составляет сифилис, который поражает плод в любом периоде беременности. Ребенок с врожденным сифилисом чаще всего является умственно отсталым, у него повреждается зрение, слух, строение скелета.

Соматические заболевания матери, особенно сердечно-сосудистой системы, приводят к гипоксии плода – кислородному голоданию, которое может серьезно повредить мозг ребенка.

Одним из повреждающих факторов является резус-конфликт, возникающий при несовместимости, например, резус-положительной крови матери и резус-отрицательной крови плода. Антитела могут попасть в организм плода и вызвать распад эритроцитов. Такой новорожденный рождается с гемолитической болезнью, как следствие, имеет малокровие, нарушения обмена веществ, поражение нервной системы.

Причиной нарушений развития ребенка может быть искусственное прерывание беременности – аборт. Предшествующие аборты отрицательно влияют на следующие беременности, вызывая аномалии плаценты и преждевременные роды. Очень часто такие дети страдают от нарушений мозгового кровообращения, у 70% из них бывает кровоизлияние в мозг. Наряду с искусственными абортами нередко встречаются и выкидыши. Чаще всего их вызывают заболевания беременной женщины, неполноценное питание, отравление никотином, алкоголем, ртутью, недостаток витаминов и т.д.

Помимо биологического аспекта, прерывание беременности имеет и морально-нравственный аспект. Многие ученые приходят к выводу, что невозможно установить момент, когда эмбрион становится человеком. Первым из органов эмбриона свои функции начинает выполнять сердце. Уже в конце второй недели в зачатках сердца начинается правильная пульсация – около 90 ударов в минуту, у 50-дневного – фиксируются импульсы мозга. Трехмесячный плод поворачивает головку, делает движения, нащупывает рот и сосет палец. Таким образом, прерывание беременности в любые сроки равносильно убийству нерожденного ребенка, и актуальной задачей для общества является формирование культуры планирования семьи, сознательного зачатия и деторождения.

Развитие пренатальной психологии убедительно доказывает, что ребенок во внутриутробном состоянии может слышать звуки, чувствовать состояние матери и окружающих близких. Отрицательные переживания женщины в период беременности воспринимаются ребенком как угроза жизни, на

эмоциональном уровне закладываются в подсознание и негативно отражаются на психическом здоровье и формировании полноценной личности.

#### Причины приобретенных нарушений развития

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

Ведущее место в данной группе занимают асфиксия – кислородная недостаточность – и внутричерепная родовая травма. От асфиксии страдает от 4 до 6% новорожденных. Асфиксия может развиваться при затяжных родах и другой патологии. Она требует незамедлительной реанимации ребенка сразу после рождения, так как от ее продолжительности зависит степень повреждения функций мозга.

Внутричерепная родовая травма – собирательное понятие, включающее неоднородные по этиологии и патогенезу изменения нервной системы, возникшие в период родов. К внутричерепной родовой травме относят кровоизлияние в мозг и его оболочки, другие расстройства мозгового кровообращения. Возникновению внутричерепной травмы способствуют различные виды акушерской патологии (неправильное предлежание плода, узкий таз и др.), а также неправильная техника родоразрешения, например, так называемые щипцовые роды, во время которых происходит механическая травма головки ребенка и, как следствие, повреждаются сосуды мозга.

Особую группу составляют детские церебральные параличи, которые развиваются в результате повреждения мозга. Их характерная особенность –

нарушение моторного развития ребенка, обусловленное аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений. Двигательные нарушения часто сочетаются с задержкой психического и речевого развития.

Послеродовые приобретенные аномалии развития в основном являются последствиями перенесенных в раннем детстве заболеваний. К ним относятся инфекционные заболевания нервной системы, – такие нейроинфекции, как менингит и энцефалит, которые могут привести к развитию гидроцефалии (водянке головного мозга, перепроизводству ликвора, скапливающегося под оболочками мозга и сдавливающего его), глухоте, двигательным расстройствам, задержке психофизического развития. Последствия перенесенного энцефалита (воспаления головного мозга) во многом зависят от возраста ребенка. В раннем детстве он может стать причиной глубоких задержек развития и даже умственной отсталости, а также аффективных вспышек, неустойчивого настроения.

Черепно-мозговые травмы составляют от 25 до 45% всех случаев повреждений в детском возрасте. Они делятся на открытые, проникающие в мозг или его оболочки, и закрытые, при которых целостность костной ткани и мозговых оболочек не нарушается (сотрясения, сдавления, ушибы мозга). Следствием черепно-мозговых травм могут быть патологические изменения двигательных и психических функций (параличи, расстройства слуха, зрения, нарушения памяти и речи, снижение интеллектуальных способностей). При этом степень повреждения зависит от вида, обширности, локализации травмы.

Однако нет прямой корреляции между, например, частотой травм и повреждением психических функций из-за высокой пластичности нервной системы ребенка, способности восстанавливать и компенсировать нарушенные функции. Нервная пластичность – это следствие зависимости анатомической дифференциации мозга от его функционирования.

Все перечисленные причины могут вызывать как органические, так и функциональные нарушения, но чаще приводят к органическим поражениям, серьезно повреждающим органы и системы детского организма.

Функциональные нарушения, при которых происходит расстройство деятельности органов и систем, вызывают тяжелые и длительные соматические заболевания ребенка. Особенно опасны в первый месяц жизни дизбактериоз и диспепсия, приводящие к расстройству питания, воспалительные заболевания, «цепочки» детских инфекций. Отклонения возникают в результате накопления в организме токсинов, неблагоприятно действующих на нервные клетки.

Из причин социального плана на развитие ребенка резко отрицательное влияние оказывает эмоциональная депривация – недостаточность эмоционально положительного контакта со взрослым, неудовлетворение психических потребностей ребенка. Так называемый «госпитализм», характерный для детей, от которых отказались родители и сразу после рождения помещенных в дом ребенка, приводит к необратимым последствиям в эмоциональном развитии ребенка.

Сегодня установлено, что для полноценного развития эмоциональной сферы ребенку в день необходимо не менее 12 ласковых тактильных

прикосновений взрослого – похлопываний, объятий и т.п.

Социально-педагогическая запущенность как результат неблагоприятных условий воспитания замедляет развитие коммуникативно-познавательной активности ребенка, приводя к серьезным трудностям в обучении и поведении таких детей.

В целом, в психологической картине развития ребенка влияние органических и функциональных нарушений приводит к недоразвитию базовых психических функций – речи, мышления, памяти, которые не могут обеспечить соответствующую деятельность, а несформированная деятельность не позволяет ребенку реализовать свои потенциальные возможности.

## 1.2. Специальная педагогика как наука.

Специальная психология — это теория и практика специального (особого) образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств, затруднительно или невозможно.

Название «специальная педагогика» используется как общепонятный международный педагогический термин, так как соотнобразуется с современными гуманистическими ориентирами мировой системы образования: корректность, отсутствие унижающего человека ярлыка. Английский корень названия —

special (особый, индивидуальный) подчеркивает личностную ориентированность этой области педагогики, ее способность решать сложные индивидуальные образовательные проблемы конкретного человека.

Объектом специальной педагогики является специальное образование лиц с особыми образовательными потребностями как социокультурный, педагогический феномен.

Субъектом изучения и педагогической помощи, оказываемой в системе специального образования, является человек с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности, имеющий вследствие этого особые образовательные потребности.

Предмет специальной педагогики — теория и практика специального образования, что включает в себя изучение особенностей развития и образования человека, имеющего ограниченные возможности жизнедеятельности, особенностей его становления и социализации как личности, а также использование этого знания для нахождения наилучших путей, средств, условий, которые обеспечат коррекцию физических или психических недостатков, компенсацию деятельности нарушенных органов и систем организма и образование такого человека в целях его социальной адаптации и интеграции в общество и обеспечения ему возможности максимально независимой жизни.

Имея с общей педагогикой единую конечную цель — достижение развивающейся личностью социализации и самореализации, специальная педагогика подчеркивает в этой цели сущностный для человека с

ограниченными возможностями жизнедеятельности смысл: достижение им максимально возможной самостоятельности и независимой жизни как высокого качества социализации и предпосылки для самореализации.

Специальная педагогика имеет и систему целей, без достижения которых невозможна ни социализация, ни самореализация человека с ограниченными возможностями. К числу целей более общего уровня относятся: коррекция недостатка, его компенсация педагогическими средствами; абилитация (применительно к младенческому и раннему возрасту) и реабилитация, в первую очередь социальная и личностная.

Достижение этих целей специальной педагогики становится возможным тогда, когда достигнуты конкретные цели обучения и воспитания, образования в целом, т.е. когда налицо положительные результаты коррекции и компенсации недостатка. Например, для лиц с нарушениями зрения — это овладение специальными средствами чтения и письма, ориентировки в пространстве; для неслышащих — овладение навыками восприятия устной речи по чтению с губ говорящего и с использованием остаточного слуха и др.

К специфическим конкретным целям можно отнести и компоненты личностной реабилитации — воспитание чувства собственного достоинства, преодоление чувства малоценности, маргинальности или завышенной самооценки, формирование адекватных форм социального поведения и некоторые другие.

Для достижения указанных целей специальная педагогика решает целую систему задач:

- 1) изучение основных закономерностей, потребностей и особенностей

развития личности, имеющей недостатки развития;

2) последующее определение коррекционных и компенсационных способностей каждого отдельно взятого человека с учетом сложности нарушения;

3) создание единой педагогической классификации лиц с ограничениями жизнедеятельности;

4) анализ существующих педагогических методологий, программ, систем, технологий и создание новых;

5) разработка новых коррекционных, компенсационных и реабилитационных программ для лиц с нарушениями развития;

6) разработка программ, направленных на социальную и трудовую адаптацию и интеграцию лиц, имеющих нарушения развития, помощь в получении профессиональной подготовки;

7) исследование и реализация программ, предупреждающих появление нарушений развития;

8) оказание помощи родителям, имеющим детей с нарушениями развития, и др.

Современная специальная педагогика состоит из предметных областей, которые исторически сформировались в связи с традиционной существующей системой специальных образовательных учреждений для детей с особыми образовательными потребностями. В начале XX в. эти предметные области только складывались, сегодня они представляют собой относительно

самостоятельные, развитые и тонко дифференцированные сферы научного и практического педагогического знания. К их числу относятся следующие:

Тифлопедагогика - незрячие и слабовидящие.

Сурдопедагогика - глухие, слабослышащие и позднооглохшие.

Тифлосурдопедагогика – слепоглухие.

Логопедия - лица с нарушениями речевого развития.

Олигофренопедагогика - лица с нарушениями интеллекта и с образовательными затруднениями.

Отрасль специальной педагогики применительно к лицам с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Отрасль специальной педагогики применительно к лицам с нарушениями эмоционально-волевой сферы.

Основные категории специальной педагогики: специальное образование, коррекционно-воспитательная работа, специальное обучение, специальное воспитание, реабилитация, абилитация, лица с ограниченными возможностями, аномальные дети, дефект, аномалия, коррекция, компенсация, Основные категории специальной педагогики.

### 1.3. Вопросы для самоконтроля.

1) Что собой представляют такие предметные области как олигофренопсихология и олигофренопедагогика?

2) Что собой представляют такие предметные области как сурдопсихология и сурдопедагогика?

3) Что собой представляют такие предметные области как тифлопсихология и тифлопедагогика?

4) Какие сапекты включает в себя понятие нормы?

5) Какие факторы влияют на состояние здоровья ребенка?

6) Что собой представляет дизонтогенез и какие его виды выделяют?

1.4. Задания для практики.

Необходимо ответить на вопросы теста:

1. Принцип, согласно которому, чем раньше в возрастном отношении возникает патогенное воздействие, тем тяжелее его последствия для психического развития, определяется как принцип ... развития.

- а) ассинхронии;
- б) гетерохронности;
- в) хроногенности;
- г) ретардации.

2. К патогенным биологическим факторам развития ребенка не относится

... .

- а) бедная в сенсорном отношении среда;
- б) патологическое протекание родов;
- в) асфиксия плода;
- г) эндокринное заболевание матери.

3. Особенности психического развития, свойственные и нормально развивающимся детям, и детям с атипичным развитием, относятся к ... закономерностям.

- а) общим;
- б) модально-неспецифическим;
- в) модально-специфическим;
- г) особенным.

4. Л.С. Выготский главную причину детской дефективности видел в «социальном вывихе», обусловленном расхождением между ... .

- а) первичным и вторичным дефектом;
- б) системами обучения и воспитания аномальных детей;
- в) социальным, биологическим и природным началом развития человека на всех возрастных этапах;
- г) траекториями биологического и культурного развития аномального ребенка.

5. Объектом изучения специальной психологии являются ... .

- а) лица с последствиями травм;
- б) психологические особенности человека с ограниченными возможностями;
- в) социализация детей с психическими нарушениями;
- г) лица с атипиями и отношение к ним в обществе на различных этапах его существования.

6. Система специальных мер, направленных на преодоление недостатков психофизического развития, называется ... .

- а) воспитанием;
- б) коррекцией;
- в) адаптацией;
- г) компенсацией.

7. Основная сущность компенсаторных механизмов заключается в ...  
психики.

- а) активности;
- б) сохранных функциях;
- в) произвольности;
- г) пластичности.

8. К вторичным нарушениям относят ... .

- а) нарушения в работе функций, непосредственно не связанных с поврежденной функцией;
- б) нарушения, возникающие на более поздних этапах развития;
- в) обратимые изменения процесса развития психических функций, непосредственно связанных с первично поврежденной;
- г) негрубо выраженные нарушения.

9. Сложная система внешних обстоятельств, необходимых для жизни и развития человеческого индивида, называется ... .

- а) компенсацией;
- б) развитием;
- в) воспитанием;
- г) средой.

10. Компенсация может быть... .

- а) внутрисистемной;
- б) межсистемной;
- в) полной;

г) частичной.

11. Специальное образование как научная категория трактуется

следующим образом:

- а) дошкольное, общее и профессиональное образование, для получения которого лицам с ограниченными возможностями создаются специальные условия;
- б) специальное психолого-педагогическое сопровождение;
- в) система общих и специфических требований и психолого-педагогических условий;
- г) комплекс общеобразовательных программ для специализированных учреждений.

12. Положение о сензитивных периодах в развитии ребенка лежит в основе принципа:

- а) педагогического оптимизма;
- б) ранней педагогической помощи;
- в) деятельностного подхода в обучении и воспитании;
- г) коррекционно-компенсирующей направленности.

13. В отечественной специальной педагогике и психологии выделяют следующие формы организации специального обучения:

- а) внеурочную;
- б) классно-урочную;
- в) индивидуальную;
- г) индивидуально-групповую;

д) факультативную.

14. Основная роль использования наглядных методов и средств в обучении

глухих детей заключается в:

- а) развитии слухового анализатора;
- б) создании мотивации в обучении;
- в) формировании навыков самоконтроля;
- г) раскрытии содержания учебного материала.

15. Изменение и корректировка содержания общеобразовательных

предметов в специальной школе направлены на:

- а) усложнение учебных программ;
- б) преодоление недостатков развития детей;
- в) расширение образовательной программы;
- г) повышение сложности уровня обучения.

16. Установите соответствие между категориями специальной педагогики и

их определениями:

1. компенсация;
2. адаптация;
3. реабилитация;
4. абилитация.

- а) сложная ответная реакция индивида на факт внутренних нарушений, препятствующая возможной утрате целостности и потере равновесия с окружающей средой;
- б) процесс приспособления организма к условиям окружающей среды;

в) система мероприятий, направленная на восстановление полноценного общественного бытия личности;

г) система мероприятий, направленная на формирование эффективных способов социальной адаптации в возможных для данного индивида пределах.

17. Предметом специальной педагогики является ... .

а) теория и практика специального образования;

б) социальная защита лиц с ограниченными возможностями;

в) психологические особенности детей с отклонениями в развитии;

г) управление специальными образовательными учреждениями;

18. Задачей специальной педагогики является ... .

а) контроль за соблюдением прав лиц с ограниченными возможностями;

б) создание программы медицинской абилитации в раннем возрасте;

в) выявление закономерностей психического развития аномального ребенка;

г) разработка технологий специального образования.

### 1.5. Глоссарий по лекции 1.

Специальное образование — дошкольное, общее и профессиональное образование, для получения которого лицам с особыми образовательными потребностями создаются специальные условия.

Коррекционно-воспитательная работа — система специальных педагогических мероприятий, направленная на ослабление или преодоление недостатков (дефектов) в развитии.

Специальное обучение — специальный целенаправленный процесс

двусторонней деятельности педагога и учащегося с целью передачи и усвоения знаний.

Специальное воспитание — специальное воздействие на сознание и поведение человека с нарушениями в развитии, с целью формирования социальноустойчивого поведения и положительных черт личности, обеспечивающих подготовку к жизни и труду.

Реабилитация — это система медико-педагогических мер, направленных на включение ребёнка с проблемами развития в социальной среде; приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей.

Абилитация — это система лечебно-педагогических мероприятий с целью предупреждения и лечения патологических состояний у детей раннего возраста, ещё не адаптировавшихся в социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможности учиться, трудиться и т. д.

Лицо с ограниченными возможностями — это лицо, имеющее физические и(или) психические недостатки, которые препятствуют освоению образовательных программ без создания специальных условий.

Аномальные дети — дети, имеющие значительные отклонения от норм физического и психического развития.

Дефект — физический или психический недостаток, вызывающий нарушения нормального развития ребёнка.

Аномалия — Патологические отклонения от нормы в функциях организма или его частей; отклонение от общих закономерностей развития.

Коррекция — это система педагогических мер, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития детей.

Компенсация — это замещение или перестройка нарушенных или недоразвитых функций организма.

#### 1.6. Использованные информационные ресурсы:

1. Гонеев А.Д., Лифинцева Н.И., Ялпаева Н.В. Основы коррекционной педагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А.Д. Гонеев. – изд. перераб. - М.: Издательский центр «Академия», 2010.
2. Кузнецова Л.В., Переслени Л.И., Солнцева Л.И. и др. Основы специальной психологии/Под ред. Л.В.Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2009.
3. Лубовский В.И., Розанова Т.В., Солнцева Л.И. и др. Специальная психология: учебное пособие / Под ред. В.И.Лубовского.6-ое изд., испр. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2005.

## Лекция 2.

### **Компенсирующая направленность коррекционной деятельности.**

Аннотация. В данной теме раскрываются такие понятия как коррекционная деятельность, компенсация, коррекция, реабилитация, представлена основная направленность коррекционной деятельности – компенсирующая.

Ключевые слова. Коррекционная деятельность, компенсация, коррекция,

реабилитация.

Методические рекомендации по изучению темы. Вначале необходимо изучить теоретическую часть с определением основных понятий. После этого следует ответить на теоретические вопросы и решить практические задания, приведенные в конце темы. Для контроля усвоения материала необходимо пройти тестирование по данной теме. Вопросы, возникшие при изучении данной темы, можно обсудить в разделе Обсуждений.

## 2.1. Компенсация, коррекция и реабилитация как категории специальной психологии и педагогики.

Любая живая система должна обладать определенным запасом «прочности» на случай резких неблагоприятных изменений во внешней и внутренней среде. Для этого необходимы специфические компенсаторные механизмы. Сложность живой системы прямо пропорциональна ее эффективности. Но усложнение системной организации повышает вероятность внутренних «сбоев» в процессе ее работы. Поддержание определенного уровня «надежности» системы в целом и отдельных ее компонентов составляет суть сложных и многообразных процессов компенсации. Наличие парных органов у многих животных и человека, способных «продублировать» друг друга при поражении одного из них, как и способность к регенерации, свидетельствует о филогенетической древности компенсаторной приспособляемости.

Под компенсацией понимается процесс возмещения недоразвитых или

нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных.

Для теории и практики специальной психологии данная категория является одной из ключевых. То, как происходит восстановление нарушенных функций, от чего оно зависит, составляло предмет острых дискуссий на протяжении не одного столетия. Существовало и существует множество теорий компенсации. Особое значение в понимании сущности компенсаторных механизмов сыграли исследования П. К. Анохина, Л. С. Выготского, А. Р. Лурии, В. Штерна, А. Адлер и др.

Прежде всего, были существенно трансформированы такие понятия, как «орган» и «функция». В естественно-научной традиции XIX века под органом понималась определенная, материальная часть живого организма, выполняющая свою собственную функцию. Такая узкоморфологическая трактовка была достаточной для характеристики соматических, телесных функций, но она явно не соответствовала сложной организации психической активности и поведения человека. Вследствие этого понятие «орган» было расширено и преобразовано в понятие «функциональный орган». А. А. Ухтомский писал по этому поводу: «Органом может быть всякое временное сочетание сил, способное осуществить определенное достижение».

Также видоизменилось и представление о психических функциях, которые долгое время рассматривались как некие недифференцированные, далее неразложимые «способности». На смену ему пришла идея «психологических систем», обладающих сложным строением, включающих

множество компонентов: мотив, намерение, замысел, программы деятельности, образ результата и операции, реализующими эту программу, с обязательным сличением полученного результата с исходным его образом. При таком понимании психические функции следует сопоставлять не с морфологическим субъектом, а с нейрофизиологическими процессами, осуществляемыми теми или иными мозговыми структурами. Следовательно, в основе психической деятельности лежат «функциональные органы» или «функциональные системы», характеризующиеся сложным составом своего строения, включающие набор афферентных и эфферентных звеньев. Различные по содержанию психические функции обеспечиваются разными по составу функциональными системами.

Функциональные системы обладают высокой пластичностью и способностью к перестраиванию. Именно эта способность лежит в основе механизмов компенсации перестроек.

Традиционно выделяют два типа перестроек нарушенных функций — внутрисистемную и межсистемную.

Компенсаторные процессы протекают под постоянным контролем и при участии высшей нервной деятельности; они проходят несколько фаз (этапов).

Первая фаза — обнаружение того или иного нарушения в работе организма. Сигнал о нарушении может быть связан и с самим расстройством, и с его последствиями, с различными отклонениями в поведении и деятельности.

Вторая фаза — оценка параметров нарушения, его локализации и глубины (выраженности).

Третья фаза — формирование программы последовательности и состава компенсаторных процессов и мобилизации, нервно-психических ресурсов индивида.

Включение этой программы с необходимостью требует отслеживания процесса ее реализации. В этом состоит содержание четвертой фазы.

И наконец, пятая, завершающая фаза связана с остановкой компенсаторного механизма и закреплением его результатов.

Временная длительность указанных этапов может быть различной, что зависит от характера нарушения, его выраженности и от индивидуальных особенностей организма. Остановка компенсаторного процесса связана с восстановлением нарушенной функции и возобновлением разных форм деятельности.

Компенсаторные процессы, разворачиваясь во времени, осуществляются на разных уровнях своей организации. Обычно выделяется четыре подобных уровня.

Первый — биологический, или телесный уровень: Компенсаторные процессы протекают преимущественно автоматически и бессознательно.

Второй — психологический уровень существенно расширяет возможности компенсаторных механизмов, преодолевая ограничения первого. Можно сказать, что психологический уровень есть истинно человеческий способ восстановления нарушенных функций с привлечением работы сознания.

Не случайно одно и то же нарушение у животных и человека может привести к различным последствиям. Так, глухота у животного в условиях

дикой природы не совместима с жизнью. Человек же при всех трудностях, возникающих в условиях глухоты, способен продолжать полноценную жизнедеятельность.

Психологический уровень компенсации, прежде всего, связан со способностью человека к адекватной оценке своих возможностей в условиях тех или иных нарушений, постановке реальных целей и задач, сохранении позитивного отношения к себе. В подобных ситуациях самосознание и личность человека, в особенности его волевые качества, выполняют важнейшую компенсаторную функцию. Поэтому закономерным кажется то, что при одном и том же нарушении у разных людей мы можем наблюдать выраженные отличия в их социальной адаптации в зависимости от личностных особенностей.

Психологический уровень компенсации также связан с работой защитных механизмов и копинг-стратегий поведения. Психологическая защита, по определению Р. М. Грановской, — «это специальная система стабилизации личности, направленная, на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта». Механизмы психологической защиты по большей мере относятся к бессознательной активности. Это вытеснение, подавление, идентификация, проекция, регрессия, сублимация, рационализация, катарсис и многие другие. Будучи плохо осознаваемы, они весьма избирательны в зависимости от характера проблемной ситуации и от личностных особенностей человека. Кроме того, механизмы

защиты способны содействовать как адаптации, так и дезадаптации индивида.

В последнем случае речь идет о фиксации одного и того же защитного механизма, независимо от складывающейся внешней ситуации.

Копинг-стратегии представляют собой сознательные усилия личности, предпринимаемые для совладания со стрессовыми ситуациями, порождающими тревогу. В реальном повседневном поведении человека, пытающегося решить ту или иную проблемную ситуацию, как правило, различные защитные механизмы комбинируются с разными вариантами копинг-стратегий. Последние крайне многообразны, но легко укладываются в три основных типа — разрешение проблемы, поиск социальной поддержки и избегание — уход от необходимости самостоятельного решения. Выбор конкретного типа стратегии обусловлен объективными обстоятельствами проблемной ситуации. Но он также во многом зависит от личностных особенностей индивида, от направленности личности, характера ценностных ориентации, системы социальных установок и отношения к себе, окружающим и в особенности к своему нарушению.

Психологический уровень протекания компенсаторных процессов, являясь центральным для человека, тем не менее не может сам по себе обеспечить реализацию всей компенсаторной программы. Для этого требуется более сложная форма его организации, реализуемая на социально-психологическом уровне. Здесь, как несложно заметить, мы выходим за границы телесного бытия индивида, но остаемся в рамках его личности как социального способа существования. На данном уровне помимо

интрапсихических начинают отчетливо действовать интерпсихические, экстрацеребральные механизмы

По сути дела, выход за пределы физического бытия человека уже имел место на предыдущей психологической ступени. Ибо личность, прежде всего, продукт социальной среды;

Но здесь характер компенсаторного процесса представлен, если угодно, в своей открытой форме. Эффективность компенсации во многом определяется характером межличностных отношений инвалида с ближайшим окружением.

Участие, взаимопомощь, эмоциональная поддержка, понимание, терпимость и т. д. являются мощным психологическим средством раскрытия потенциальных возможностей человека, укрепляющих веру в свои силы, восстанавливающих позитивное отношение к себе. Ощущение духовного и социального благополучия базируется на осознании своей нужности кому-то или чему-то, а также на ясном понимании своей собственной независимости и автономности. Это порождает в человеке чувство осмысленности существования и защищенности. Последнее связано с представлением о минимальной степени гарантированной безопасности и верой в собственные силы. Чувство осмысленности включает наличие ясных и достижимых целей, ощущение контролируемости происходящих событий, ненаясности потраченных усилий.

Ощущение благополучия многими исследователями связывается с тремя основными жизненными «опорами», к числу которых относятся семья, профессия и ближайшее окружение вне семьи. В каждом из этих институтов

индивид в разных пропорциях реализует осознание своей причастности и независимости. Конечно, связи человека с миром неизмеримо богаче, но указанные три принципиально важны в процессе компенсации тех или иных нарушений. Способность человека совладать с тяжелыми испытаниями и трудностями во многом зависит от прочности указанных «опор». Нетрудно заметить, что серьезные заболевания и травмы, приводящие к инвалидности, так или иначе испытывают на прочность именно эти несущие конструкции жизненного пространства человека. Не случайно в современной коррекционной педагогике и специальной психологии особое внимание уделяется семейному воспитанию и профессиональному самоопределению лиц с врожденными или рано приобретенными отклонениями от нормального хода развития.

Безусловно, возможны ситуации, при которых субъект способен переживать ощущение благополучия даже в условиях серьезных нарушений в структуре межличностных отношений, в том числе и семейных, а также в отсутствии необходимой профессиональной деятельности. Но подобное, скорее всего, может говорить о патологии личности при деформации ее смысловой сферы и системы ценностных ориентации.

Выделенное нами понятие социально-психологического благополучия и определяющие его факторы во многом по своему содержанию совпадают с весьма популярным сегодня термином «качество жизни», под которым понимается характеристика степени комфорта в удовлетворении человеческих потребностей (Г. С.Никифоров). Качество жизни является общей характеристикой разных жизненных сторон. К их числу относят

удовлетворенность учебной, трудовой, семейными отношениями, социальным окружением, политической и экономической ситуациями в стране. Особую сторону качества жизни составляют такие характеристики субъекта, как состояния личности, позволяющие ей относительно безболезненно преодолевать разнообразные противодействия внешнего мира, адекватно решать поставленные задачи, способность быть всем, чем в состоянии стать (самореализация), возможность находиться в физическом и психическом равновесии с природой, социальной средой и с самим собой (Г. С. Никифоров).

Выделенные нами уровни компенсации не имеют четких границ. Но среди них все же можно обозначить высший — социальный. Содержание этого уровня связано с макросоциальными масштабами существования человека. Прежде всего, это политика государства в отношении инвалидов, в том числе и инвалидов детства. Сюда включается, среди прочего, создание особых социальных институтов, функционирование которых направлено на помощь лицам с отклонениями в развитии — детские сады, школы, реабилитационные и абилитационные центры, учебно-производственные предприятия, лечебные мастерские и т. д. Кроме того, уровень предполагает организацию системы подготовки специалистов в области коррекционного образования. Наконец, это специальное законодательство, представляющее определенные гарантии общества в отношении разных групп инвалидов.

К социальному уровню следует отнести и характер отношения к инвалидам в сфере обыденного массового сознания. Эта область не поддается прямому законодательному управлению. Нельзя издать такой указ, по которому

все члены общества будут обязаны любить инвалидов. Эта область тесно связана с религиозными, национальными и историческими традициями того или иного общества. Кроме того, степень терпимости общества к инвалидам во многом обусловлена системой образования и его содержанием. На обыденное сознание оказывают сильное влияние средства массовой информации (газеты, радио, телевидение). В период, когда в нашей стране тема инвалидности, в том числе и детской, не могла быть предметом обсуждения (вплоть до 1991 г.), в проводимых социально-психологических исследованиях, посвященных изучению отношения населения к различным группам инвалидов, неизменно фиксировалась откровенная настороженность и отчужденность. Выраженность этих характеристик находилась почти в прямой зависимости от уровня образования.

Опыт интегрированного обучения детей с отклонениями в развитии в условиях обычных общеобразовательных школ как раз стремится максимально задействовать возможности социального уровня компенсации.

Сказанное не должно создавать впечатление, что компенсаторные процессы существуют изолированно от всех процессов жизнедеятельности инвалида. Отдельное рассмотрение феноменов компенсации — это продукт абстрагирования. В действительности, они лишь одна из сторон его целостной жизнедеятельности и развития. Если повреждение того или иного органа или функции оказывается совместимо с жизнью, то это означает, что в данном случае сработали компенсаторные механизмы. В подобной ситуации жизнедеятельность продолжается в новых неблагоприятных условиях

одновременно с процессом восстановления (компенсации), ибо раздельно они не могут существовать. По образному выражению А. Р. Лурия, «человек не может «закрыться» на ремонт».

С понятием компенсации тесно связан другой термин — декомпенсация, под которым понимается утрата достигнутого ранее компенсаторного эффекта под влиянием патогенных воздействий. По степени легкости возникновения и устойчивости декомпенсаторные состояния весьма переменчивы и во многом зависят от силы и прочности восстановительного эффекта.

В специальной психологии часто используется еще одно близкое по содержанию понятие — псевдокомпенсация. Оно фиксирует устойчивые тенденции личности неадекватно использовать защитные механизмы и копинг-стратегии, не позволяющие человеку найти продуктивный выход из сложившейся кризисной ситуации.

Особым образом в специальной психологии сложилась судьба понятия «гиперкомпенсация». Дать однозначное определение этого термина весьма сложно, ибо он трактуется крайне противоречиво. Иногда его используют как синоним псевдокомпенсации в смысле неадекватности выбора средств восстановления.

Исходный смысл это понятия, введенного в профессиональный психологический словарь А. Адлером, несколько иной. Сам А. Адлер дает ему разные дефиниции, общий смысл которых сводится к тем немногочисленным случаям, когда лица с серьезными недостатками в физическом и психическом развитии оказывались способными достичь высоких результатов в самых

разных областях человеческой деятельности, не доступных большинству нормальных людей. В своих работах А. Адлер приводит много примеров гиперкомпенсации, указывая на то, что механизм ее реализации связан с естественным для человека чувством малоценности, с одной стороны, и выраженным мотивом к превосходству — с другой. Стремление к превосходству понимается А. Адлером позитивно, как тенденция к развитию, к самосовершенствованию. Таким образом, задолго до появления гуманистической психологии А. Адлер предвосхитил ее основные постулаты.

Чувство малоценности особенно остро переживается в детстве, что и составляет основной двигатель психического развития ребенка, так как расхождение между тем, что есть, и тем, чего бы хотелось, создает сложное динамическое напряжение. Еще более драматично выглядят переживания своей несостоятельности детьми с тяжелыми физическими или психическими отклонениями. В этом случае возникает «комплекс неполноценности», наличие которого в зависимости от целого ряда обстоятельств может как блокировать развитие, создавая почву для невроза, так и включать механизмы гиперкомпенсации. Сам Адлер неоднократно подчеркивал, что случаи гиперкомпенсации не столь многочисленны. Но, будучи даже единичными, они ценны для науки, ибо с необыкновенной яркостью демонстрируют скрытые возможности человеческой природы, способности личности противостоять самым неблагоприятным условиям своего существования, развиваться вопреки им.

Следует особо подчеркнуть, что в отечественной психологии судьба идей

А. Адлера складывалась непросто. Индивидуальная психология была воспринята с энтузиазмом. Пик небывалой популярности А. Адлера пришелся на вторую половину двадцатых годов. Особенно сильное влияние его идей наблюдалось в специальной психологии (как тогда ее называли, патопедологии) и коррекционной педагогике. Но драматизм положения состоял в том, что положение гиперкомпенсации было понято совершенно превратно. Адлеровская психология считалась доказательством того оптимистического факта, что почти любое физическое или психическое нарушение автоматически приводит к эффекту сверхразвития. С этих позиций пересматривались программы некоторых типов специальных школ, например для слепых, ибо считалось, что незрячие дети должны обгонять в развитии речи и мышления зрячих сверстников.

В связи с распространением извращенного толкования идей индивидуальной психологии Л. С. Выготский в 1927 году опубликовал статью «Дефект и сверхкомпенсация». Эта работа не критического, а исключительно аналитического характера. Л. С. Выготский последовательно и весьма терпеливо, судя по многочисленным повторениям, воспроизводит и трактует основные положения гиперкомпенсации, предостерегая читателя от упрощенного понимания.

Но эпоха повального увлечения психоанализом так же быстро кончилась, как началась. Уже в начале 30-х годов разворачивается кампания по дискредитации психоанализа; психоаналитические упражнения упраздняются, прекращаются издания соответствующей литературы и т. д.

С этого момента отношение к А. Адлеру поменялось на противоположное. В основе критики его идей лежало все то же ложное их понимание. А. Адлеру приписывалось то, что в его трудах напрочь отсутствовало. Вряд ли можно всерьез утверждать, что патология способна стимулировать развитие. Если человек в стесненных условиях и достигает чего-то, то не благодаря болезни, а только вопреки ей, за счет колоссальных волевых усилий и способностей. В этом состоит основной пафос идеи гиперкомпенсации. Но в эпоху дегуманизации общественных отношений, упрощенного понимания природы человека эти идеи не могли быть адекватно оценены.

Не случайно вплоть до самого последнего времени ученые, пишущие на тему истории специальной педагогики, с упорством утверждали, что концепция А. Адлера никогда не оказывала никакого влияния на отечественную дефектологию. Но при этом неоднократно подвергался критике даже Л. С. Выготский за непоследовательное и сочувственное отношение к идее гиперкомпенсации. Неудивительно в связи с этим и то, что в его Собрании сочинений, изданном в 1983 году, название вышеупомянутой работы редакционной коллегией было изменено на «Дефект и компенсация», дабы дистанцировать Л. С. Выготского от «вредного» влияния А. Адлера. Правда, в 1982 г. впервые за многие десятилетия появился очерк Б. В. Зейгарник, весьма точно и психологически корректно воспроизводивший основные положения А. Адлера.

Столь длинный комментарий по поводу термина «сверхкомпенсация»

был, с нашей точки зрения, необходимым, во-первых, потому, что до сих пор употребление этого понятия в специальной психологии имеет отчетливо отрицательный оттенок. Во-вторых, оно является частью одной из весьма оригинальных концепций человека, примером гуманистического понимания его природы. Индивидуальная психология А. Адлера существенно обогатила практику обучения и воспитания детей с физическими и психическими нарушениями. В частности, на ее основе разрабатывались методы эмоционального воспитания и система психологической помощи родителям.

Уровневое строение компенсаторных процессов соответствует представлениям об уровне организации человека в целом. При этом следует учитывать, что человек — существо биосоциальное, для его развития в равной мере важны биологические и социальные детерминанты при ведущей роли последних. Именно поэтому в компенсаторных процессах задействованы эти две группы факторов.

Говоря о компенсаторных процессах, следует отметить, что их часто путают с адаптационными феноменами. И действительно, в обоих явлениях присутствует эффект приспособления, что роднит их между собой. Именно поэтому некоторые авторы считают, что компенсация представляет разновидность адаптационных процессов. Реже высказывается обратная точка зрения. Наиболее четкую последовательную позицию занимают в данном вопросе А. И. Воложин и Ю. К. Субботин. Они рассматривают адаптацию и компенсацию как сложную биполярную функцию, где единство сочетается с разнонаправленностью и где смысл одной функции раскрывается через

существование другой. Адаптация и компенсация не изолированы, они уравновешивают друг друга. Примерами других биполярных функций могут служить: напряжение — расслабление, сгибание — разгибание, вдыхание — выдыхание, возбуждение — торможение, питание — выделение и т. п.

Адаптация срабатывает, когда нарушается равновесие между индивидом и средой в результате изменений в последней. Восстановление баланса в подобной ситуации возможно лишь при условии, что определенные перемены произойдут в самом индивиде: ему следует отказаться от своего прежнего исходного состояния. Следовательно, адаптация — составная часть приспособительных реакций системы на изменение среды существования, выражающихся в том, что система, реагируя на изменения существенных для нее параметров и дефектов среды, перестраивает, изменяет свои структурные связи для сохранения функций, обеспечивающих ее существование как целого в изменившейся среде. Механизм адаптации может включать как морфологические, так и поведенческие реакции в зависимости от уровня организации системы.

Компенсаторные процессы срабатывают также в ситуации нарушенного равновесия, но по причине изменений, произошедших не в среде, а в самом индивиде. В этом случае восстановление баланса возможно при условии частичного или полного возвращения индивида к исходному состоянию.

Таким образом, адаптационные и компенсаторные процессы действуют в разных направлениях в ситуации нарушенного равновесия в зависимости от причины этих нарушений — средовых или внутрисемейных.

В адаптационном процессе выделяют три фазы. Первая фаза — состояние динамического равновесия индивида со средой, обозначенная на схеме идентичными по форме геометрическими фигурами (большой квадрат — окружающая среда; малый квадрат — индивид). Вторая фаза — нарушенное равновесие, вследствие изменений средового порядка. На схеме это положение отражено путем преобразования большого квадрата в круг. Третья фаза — восстановление утраченного равновесия — преобразование малого квадрата в круг. Таким образом, видно, что основное направление адаптационного процесса на пути достижения баланса лежит в уходе от своего изначального состояния. На той же схеме изображено обратное направление действия компенсаторных механизмов.

Будучи едиными и разнонаправленными, адаптация и компенсация развиваются в онтогенезе неравномерно. Становление адаптационных процессов явно обгоняет формирование компенсаторных, ибо процесс развития по своей внутренней сущности весьма близок к адаптации. Возрастное развитие — это формирование новообразований, то есть постоянный уход от своего прежнего состояния. Далее, по мере взросления развитие компенсаторных способностей усиливается и догоняет адаптационные, приблизительно уравниваясь с ним. По мере старения первыми начинают ослабевать адаптационные механизмы, а позже компенсаторные.

В современной специальной психологии термин «компенсация» не является широко употребляемым. Куда чаще используется понятие «реабилитация». Компенсация — это внутренний процесс; реабилитация —

внешний. Реабилитационная проблематика стала активно привлекать к себе внимание отечественных специалистов в конце 60-х годов.

Реабилитация определяется как «система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду. Реабилитация представляет сложный процесс, в результате которого у пострадавшего создается активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное отношение к жизни, семье и обществу». Ключевым в этом определении является то, что реабилитация представляет собой систему мероприятий. Это следует подчеркнуть особо, чтобы отделить данное понятие от термина «компенсация».

Отдельно взятое воздействие не может рассматриваться как реабилитационное.

Этот процесс направлен не на само нарушение, а на личность человека с тем или иным нарушением, на восстановление полноценного существования этой личности в обществе, на преодоление социальных последствий заболевания или травмы. Говоря совсем упрощенно, цель реабилитации — не допустить превращение личности инвалида в инвалидную личность. С психологической точки зрения драма инвалидности состоит в конфликте полноценных человеческих потребностей с ограниченными возможностями их

реализации. Реабилитация направлена на максимальное преодоление и разрешение этого конфликтного состояния, ибо в противном случае возможна постепенная деформация личности пострадавшего.

Следует также заметить, что реабилитационные мероприятия направлены на восстановление того, что выше нами называлось основными жизненными опорами — семья, профессия и социальное окружение. Это прямо указано в приведенном определении. Существуют специальные виды реабилитации: семейная, социально-психологическая и профессиональная. Эти направления помощи показаны в том случае, если в результате инвалидизации у человека возникают проблемы в сфере семейных отношений (в том числе и по вине самого инвалида), трудоустройства и межличностных контактов с окружающими людьми.

Будучи внешними по отношению к индивиду, реабилитационные мероприятия опираются на компенсаторные внутренние процессы. Можно сказать, что реабилитация есть не что иное, как попытка воздействовать на компенсаторные способности человека. При этом разные виды реабилитации опираются и направлены на разные уровни компенсаторных процессов. Так, медицинская реабилитация обращена к биологическому уровню организации компенсаторных механизмов. Ведущая роль здесь принадлежит биологической терапии, включая использование лекарственных средств, лечебной физкультуры и т. д.

Психологическая реабилитация в свою очередь направлена на оптимизацию протекания компенсаторных процессов на уровне сознания. Она

предполагает использование разнообразных психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий. Их целью является максимальное по возможности смягчение кризисных переживаний личности, формирование адекватной самооценки и позитивного самовосприятия, расширение представлений о жизненной перспективе, формирование трудовых установок личности инвалида.

Когда мы говорим о социально-психическом и социальном уровне компенсаторных механизмов, то должны указать, что к ним обращены такие формы реабилитации, как семейная, педагогическая (переобучение), трудовая (приобщение к доступным видам трудовой деятельности), досуговая, креативная и социальная в широком смысле слова. Последняя подразумевает весьма обширный спектр социальных, социально-экономических и государственных мероприятий, представленных не в виде отдельных акций, а как долгосрочная, целенаправленная политика в отношении разных групп инвалидов с предоставлением определенных льгот и обязательств со стороны государства.

И наконец, к сфере социальной реабилитации следует добавить формирование сообществ различных групп инвалидов, задачей которых является взаимная помощь, создание условий для социальной адаптации и отстаивание интересов самих инвалидов на региональном и государственном уровне.

К вышесказанному следует добавить следующее: как нет четких границ между уровнями протекания компенсаторных процессов, так не существует и

жесткого разделения разных форм реабилитационных мероприятий, что подчеркивает их единство и комплексность.

В литературе указывается, что успешность реализации реабилитационных мероприятий возможна при соблюдении определенных принципов. К их числу относятся следующие:

- 1) единство биологических и психосоциальных воздействий;
- 2) разноплановость усилий для организации реабилитационных мероприятий (психологическая, семейная, профессиональная реабилитация);
- 3) апелляция к личности инвалида с использованием партнерских отношений сотрудничества в процессе реабилитации;
- 4) ступенчатость или последовательность мероприятий, где предыдущие подготавливают почву для последующих воздействий.

Перечисленные принципы сформулированы одним из авторитетных специалистов по вопросам реабилитации М. М. Кабановым. Им же разработаны и этапы реабилитационного процесса. Первый этап — восстановительное лечение. Второй этап — реадaptация — заключается в развитии возможностей инвалида к условиям внешней среды. Ведущая роль здесь принадлежит психосоциальным воздействиям, направленным на стимуляцию социальной активности личности пострадавшего. Третий этап — собственно реабилитационный, задача которого состоит в восстановлении прежних отношений инвалида с окружающей действительностью.

Оценивая реабилитационный потенциал человека, мы должны учитывать не только характер и глубину нарушения, но и социально-психологические

последствия этого нарушения. Так при одной и той же патологии они могут быть различными, в зависимости от того, каким образом нарушенная функция была связана с прежней профессией и какое место профессия занимала в иерархии ценностей личности.

Несколько иную ситуацию воспроизводит другой термин, не менее употребляемый в современной специальной психологии, — абилитация, означающий в дословном переводе — предоставление прав. При реабилитации речь идет о восстановлении, возмещении потерянных свойств, условий, того качества жизни, которое было утрачено индивидом.

Абилитационная ситуация характеризуется иначе. Это те случаи, когда индивид уже рождается с тем или иным пороком, отклонением в физическом или психическом развитии. Работа с человеком, имеющим врожденные нарушения, строится на иной основе. В подобных случаях возможны исходная неадаптированность, отсутствие периода нормального развития и какой бы то ни было утраты. Поэтому абилитационные мероприятия нужно понимать как систему раннего вмешательства в процесс развития ребенка с целью достижения его максимальной приспособленности к внешним условиям существования с учетом индивидуальных особенностей имеющихся нарушений.

Последняя категория, которую мы рассмотрим, — коррекция, под которой понимается процесс исправления тех или иных нарушенных функций. В специальной психологии длительное время обсуждается вопрос о соотношении коррекции и компенсации. Суммируя все точки зрения, можно

сформулировать несколько положений.

Прежде всего, коррекция — это всегда определенное воздействие на человека с целью исправления чего-либо, это внешний процесс по отношению к индивиду, в отличие от компенсации. Безусловно, внешнее коррекционное воздействие должно на что-то опираться, как, например, реабилитация опирается на компенсаторные процессы. Для коррекционных мероприятий в качестве базы выступают механизмы сенсбилизации — закономерной способности функций к повышению своей эффективности под влиянием тренировки.

Коррекция, в отличие от компенсации, показана в случае нарушения функции, но не ее выпадении. Корректировать, например, зрение, когда оно отсутствует, бессмысленно. В этом случае речь идет как раз о восполнении утраченной функции.

Обратите внимание, что словосочетание «нарушенная функция» фигурирует в определении и компенсации, и коррекции. Это означает, что вопрос о том, следует ли нарушенную функцию корректировать или компенсировать, решается в зависимости от того, насколько выражены сами нарушения. Расстройства функции, при которых она еще существует, но уже не способна достичь уровня целесообразной результативности, свидетельствуют о необходимости включения компенсаторных механизмов. Так, например, снижение остроты зрения до таких показателей, при которых никакое приближение предмета к глазам, равно как и его увеличение не приводит к формированию образа восприятия, но остаются сохранными лишь

элементарные ощущения, можно назвать выраженной неспособностью к целесообразной результативности зрительной функции. В подобной ситуации говорить об эффективной коррекции не имеет смысла.

Таким образом, мы попытались разграничить обсуждаемые понятия. Тем не менее указанные различия имеют не абсолютный, а относительный характер. Ибо коррекция и компенсация могут взаимно дополнять друг друга. Даже при незначительном снижении остроты зрения на один глаз, функцию ведущего автоматически берет на себя сохранный, восполняя недостатки больного. По сути своей это компенсаторный акт. С другой стороны, в ситуации выраженного нарушения функций возможно и даже необходимо проведение определенных коррекционных мероприятий. Хорошо известно значение развития остаточного зрения и слуха у слепых и глухих детей для повышения их адаптированности.

Мы рассмотрели в сравнительном плане такие категории, как компенсация, адаптация, реабилитация, абилитация и коррекция. Раскрытие их значений позволяет лучше понять сам феномен отклоняющегося развития. Безусловно, главным критерием эффективности коррекции, реабилитации и абилитации является полученный результат. Но не менее важна и устойчивость достигнутого эффекта, а также временные затраты, как выражение трудоемкости, а стало быть, стоимости коррекционной или реабилитационной услуги.

## 2.2. Коррекционно-педагогическая деятельность как психолого-

## педагогическая проблема

Вопросы сущности и содержания коррекционной работы с аномальными детьми, процесс определения ее основополагающих компонентов и ведущих направлений деятельности, особенности проведения диагностики и технологии коррекционного процесса являются предметом изучения научных отраслей специальной психологии и педагогики, объектом пристального внимания дефектологической науки. Вместе с тем с активизацией психолого-педагогических исследований различных категорий детей, выявлением у них дефектов и психофизиологических отклонений как в норме, так и в патологии, увеличением контингента детей в общеобразовательной школе, требующих особого педагогического внимания и специального педагогического воздействия, возрастает необходимость более целенаправленного подхода к разработке сути коррекционно-педагогической деятельности и определению ее этиологии.

В психолого-педагогической литературе в настоящий момент отсутствуют системные исследования коррекционно-педагогической деятельности, не ведется пока целостного изучения взаимосвязи между коррекционной деятельностью и единым педагогическим процессом. Поэтому, чтобы выяснить сущность и природу коррекционно-педагогической деятельности с детьми с отклонениями в развитии и поведении, следует обратиться к педагогической практике специальных (вспомогательных) образовательных учреждений, научным исследованиям в области

дефектологии, специальной психологии и педагогики.

В Педагогической энциклопедии понятие коррекция определяется как исправление (частичное или полное) недостатков психического и физического развития у аномальных детей с помощью специальной системы педагогических приемов и мероприятий. Причем коррекция рассматривается как педагогическое воздействие (подчеркнуто нами. - Авторы), которое не сводится к тренировочным упражнениям, направленным на исправление (ликвидацию) отдельно взятого дефекта, а подразумевает воздействие на личность ребенка в целом.

В специальной справочной литературе понятие "коррекция" также трактуется как система специальных педагогических мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков развития аномальных детей, сориентированных на исправление не только отдельных нарушений, но и на формирование личности всех категорий аномальных детей.

В учебниках и учебных пособиях по специальной педагогике и различным отраслям дефектологических знаний разнообразные виды коррекционной деятельности (развивающей, обучающей, воспитывающей) рассматриваются как процесс, как система мер, направленных на исправление или ослабление отклонений в психическом и физическом развитии аномального ребенка (В.В.Воронкова, И.Г.Еременко, С.Д.Забрамная, В.А.Лапшин, Б.П.Пузанов и др.).

Решая важную социальную задачу приближения развития аномальных

детей к уровню нормальных школьников, дефектологи видят в коррекционном процессе главную цель - устранение или уменьшение рассогласования между установленной (нормальной) и реальной (имеющей отклонения) их деятельностью. Поэтому важным в коррекции являются правильный учет величины и характера рассогласования и оперативное исправление этого несоответствия между нормой и отклонением. Коррекция рассматривается как путь или способ преодоления и ослабления психофизических недостатков через формирование соответствующих жизненно необходимых качеств в ходе учебно-воспитательного процесса или различных видов деятельности учащихся (учебной, трудовой, игровой и др.).

Представители специальной (коррекционной) педагогики приходят к выводу, что не существует отдельной программы коррекционной работы, что она проводится на том учебном материале, который является содержанием того или иного предмета, т.е. следует говорить о коррекционной направленности образовательного процесса. В то же время при характеристике коррекционной работы, при исправлении индивидуальных недостатков развития или поведения речь может идти о специальных педагогических приемах, перестройке отдельных функций организма, формировании определенных личностных качеств.

Таким образом, 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.

Поэтому наряду с диагностико-коррекционной, коррекционно-развивающей, коррекционно-профилактической существует и воспитательно-коррекционная, и коррекционно-обучающая, и психокоррекционная деятельность и др. Исходя из существующего положения и трактовки коррекционной работы, правомерно говорить о коррекционно-педагогическом процессе как едином образовательном процессе, в который входят обучение, воспитание и развитие.

В работах по дефектологии и специальной педагогике коррекцию чаще всего связывают с развитием ребенка, поскольку она прежде всего нацелена на исправление вторичных отклонений в развитии аномальных детей. Но когда речь идет о коррекционно-педагогической работе, то ее невозможно оторвать от образовательного процесса, включающего в себя обучение, воспитание и развитие. Поэтому коррекционное развитие как специально организуемый и направляемый процесс не может существовать вне коррекционного обучения и воспитания. Поскольку развитие учащихся осуществляется в ходе обучения и в процессе воспитания, то, естественно, и коррекционное воздействие будет присутствовать в этой деятельности.

Наиболее глубоко психолого-педагогическую сущность коррекционной деятельности и ее профилактическую направленность, на наш взгляд, раскрыли психологи и психотерапевты (С.А.Бадмаев, Г.В.Бурменская, О.А.Карабанова, А. Г. Лидерс, А.С.Спиваковская и др.), которые видят коррекцию как особым образом организованное психологическое воздействие, осуществляемое по

отношению к группам повышенного риска и направленное на перестройку, реконструкцию тех неблагоприятных психологических новообразований, которые определяются как психологические факторы риска, на воссоздание гармоничных отношений ребенка со средой.

В качестве рабочего определения с педагогической точки зрения мы бы предложили следующий вариант определения коррекционно-педагогической деятельности: как планируемый и особым образом организуемый педагогический процесс, реализуемый с группами подростков, имеющих незначительные отклонения в развитии и девиации в поведении, и направленный на исправление и реконструкцию индивидуальных качеств личности и недостатков поведения, создание необходимых условий для ее формирования и развития, способствующий полноценной интеграции подростков в социум.

Мы исходим из того, что коррекционно-педагогическая деятельность - составная и неотъемлемая часть педагогического процесса как динамической педагогической системы, как специально организованного, целенаправленного взаимодействия педагогов и воспитанников, нацеленного на решение развивающих и образовательных задач (В.А.Сластенин). Тем более что при коррекции девиаций в поведении и отклонений в развитии важно учитывать то, что взаимодействие субъектов педагогического процесса своей конечной целью имеет присвоение воспитанниками опыта, накопленного обществом (как стратегическая задача), и освоение положительных нравственных норм и правил, культуры поведения школьника (тактическая задача).

Особо, на наш взгляд, необходимо отметить еще и то, что взаимодействие педагогов и воспитанников на содержательной основе с использованием разнообразных средств есть существенная характеристика педагогического процесса, протекающего в любой педагогической системе, в том числе и коррекционно-педагогической.

Педагогическая деятельность (в том числе и коррекционно-педагогическая) в рамках любой педагогической системы может быть представлена как взаимосвязанная последовательность решения бесчисленного множества задач разного уровня сложности, а воспитанники, в свою очередь, включены в их решение, так как они взаимодействуют с педагогами. С этой точки зрения единицей коррекционно-педагогического процесса целесообразно определить материализованную педагогическую задачу как воспитательную ситуацию, характеризующуюся взаимодействием педагогов и воспитанников с определенной целью (коррекция отклонений в развитии и поведении подростков).

Педагогическая задача, имея четкую структуру, позволяет рассмотреть коррекционную деятельность в строгой логике и последовательности:

- анализ ситуации и постановка педагогической задачи;
- проектирование вариантов решения и выбор оптимального из них для данных условий;
- осуществление плана решения задач на практике, включающего организацию взаимодействия, регулирование и коррегирирование течения

педагогического процесса;

- анализ результатов решения.

Целесообразность и необходимость проведения коррекционно-педагогической работы в образовательной системе в современных условиях обусловлены как внешним социально-педагогическим обстоятельством, изменением социальных обстоятельств, сменой ценностей и моральных требований, так и особенностями внутренних психических процессов, происходящих в духовном мире подростков, в их сознании, мироощущении, отношении к социуму. Кроме того, как отмечают исследователи, целесообразность коррекционного воздействия мотивируется и рядом индикаторов неблагополучия в развитии подрастающего поколения, основные из которых:

- нарушение коммуникации в системе отношений «ребенок – взрослый» и «ребенок – сверстник», утрата взаимопонимания, дезинтеграция сложившихся ранее форм обучения;

- низкий уровень достижений, значительно расходящийся с потенциальными возможностями ребенка;

- поведение, отклоняющееся от социальных норм и требований;

- переживание ребенком состояния эмоционального неблагополучия, эмоциональный стресс и депрессия;

- наличие экстремальных кризисных жизненных ситуаций;

- аномальные кризисы развития, которые в отличие от нормативных возрастных кризисов не связаны с завершением цикла развития, не ограничены

во времени и носят исключительно разрушительный характер, не создавая условий и не содействуя формированию психологических новообразований, знаменующих переход к новому возрастному циклу и др.

Если рассматривать отклонение в поведении ребенка как не выходящее за пределы «низкой нормы» и не обусловленное органическим поражением центральной нервной системы, т.е. как отклонение в развитии неорганической этиологии, тогда, по утверждению Л.С.Выготского, ведущим в определении цели коррекционной работы является предупреждение развития вторичных дефектов по сравнению с задачами исправления уже образовавшихся первичных дефектов. Под вторичным дефектом он понимал нарушение развития социокультурных высших психических функций. То есть говоря о возможностях коррекционной помощи, необходимо иметь в виду не столько тяжесть самого органического поражения, сколько возможности социальной компенсации этого первичного дефекта за счет развития высших функций.

Одним словом, основополагающим психолого-педагогическим аспектом коррекционной работы должно стать обеспечение условий для формирования высших форм психической деятельности в соответствии с базовыми законами онтогенетического развития (законом среды, законом развития высших психических функций). Следовательно, коррекционно-педагогическая работа, как отмечалось выше, должна строиться не как совокупность отдельных упражнений, не как простая тренировка западающих умений и навыков, а как целостная осмысленная деятельность ребенка, органически вписывающаяся в

систему его повседневной жизнедеятельности и систему его социальных отношений.

Следует согласиться с утверждением отечественных психологов (Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев, Д.Б.Эльконин), что цель коррекционной работы должна определяться пониманием закономерностей психического развития ребенка как активного деятельностного процесса, реализуемого в сотрудничестве со взрослыми в форме усвоения общественно-исторического опыта путем его интериоризации.

При формулировке коррекционно-педагогических целей необходимо иметь в виду, что:

- цели коррекции должны формулироваться в позитивной, а не в негативной форме;
- цели коррекции должны быть реалистичны и соотноситься с продолжительностью коррекционной работы;
- цели коррекции должны быть привлекательны и оптимистичны, вызывать желание и стремление у подростка их достигнуть;
- наконец, они должны учитывать индивидуальные и психологические возможности ребенка, коррелировать с существующими социально-педагогическими условиями и микросоциумом подростка.

#### Принципы коррекционно-педагогической деятельности

Цели и задачи педагогического процесса должны опираться на основные правила, ведущие идеи, основополагающие требования к деятельности и поведению, вытекающие из закономерностей педагогического процесса, т.е. на

педагогические принципы. В педагогической науке принципы - это основа, первоначало, в них отражаются требования к организации педагогической деятельности (в том числе и к коррекционно-педагогической), определяются ее направления, конечная цель и результат деятельности. Принципы способствуют интеграции различных средств, форм, методов и приемов в целостную систему, определяют стратегическое направление целостного подхода к решению задач коррекционно-педагогического процесса.

В психолого-педагогической и специальной литературе существуют различные подходы к классификации принципов коррекционной деятельности. Основанием для классификации ряд исследователей определяют диагностическую либо профилактическую направленность коррекционного процесса. Другие - особенности психического развития ребенка и своеобразие межличностных отношений детей с отклонениями в развитии и поведении.

Однако, не умаляя значимости общепедагогических принципов в организации и проведении коррекционной работы, целесообразно выделить группу собственно коррекционно-педагогических принципов, создающих базу для педагогической коррекции отклоняющегося поведения и развития детей и подростков.

Общепедагогические принципы.

1. Из общепедагогических принципов наиболее значимыми в коррекционно-педагогической деятельности является принцип целенаправленности педагогического процесса. Цель как закон определяет характер и способ действий человека. Исходя из общих целей воспитания и

развития личности ребенка, в ходе коррекционно-педагогической деятельности происходит соотнесение существующего уровня развития подростка с предполагаемым, проектируемым эталоном, что создает основу для формирования программы коррекционной деятельности, определения этапов ее реализации, путей, способов и средств достижения предполагаемого результата.

2. Следующий принцип - целостности и системности педагогического процесса. Если педагогический процесс рассматривать как систему, т.е. как совокупность элементов, находящихся в определенных отношениях и связях между собой и образующих соответствующую целостность, единство, то коррекционно-педагогическая деятельность будет являться ее элементом, подсистемой, субсистемой.

В то же время коррекционная деятельность имеет свою структуру, упорядоченное множество своих взаимосвязанных элементов, объединенных общей целью функционирования и единства управления.

3. Принцип гуманистической направленности педагогического процесса определяет необходимость гармонического сочетания целей общества и личности, ориентацию учебно-воспитательного процесса на личностные возможности ребенка, его интересы и потребности. В коррекционно-педагогической деятельности важно понимать то, что всякий нормальный ребенок, как в свое время подчеркивал А.С.Макаренко, оказавшийся «на улице» без помощи, без общества, без коллектива, без друзей, без опыта, с истрепанными нервами, без перспективы, стал бы вести себя как те

дети и подростки, поведение которых мы определяем как отклоняющееся.

4. В тесном единстве с гуманистической направленностью педагогического процесса находится принцип уважения к личности ребенка в сочетании с разумной требовательностью к нему. Разумная требовательность предполагает объективную целесообразность, predeterminedенную потребностями педагогического процесса, направленного на положительное развитие личностных качеств ребенка. Педагогические требования - не самоцель, они должны предъявляться воспитателем с надеждой на успех, с искренней заинтересованностью в судьбе подростка, с пониманием его отношений к предъявляемым требованиям, с глубокой уверенностью в то, что они помогут скорректировать поведение воспитанника, не нанеся ущерба его самолюбию, чувству собственного достоинства.

5. Принцип опоры на положительное в человеке, на сильные стороны его личности является естественным продолжением предыдущих принципов. Только гуманное, уважительное отношение к ребенку, педагогическая прозорливость, умение увидеть среди отрицательных черт характера и поведения подростка его незащищенность, стремление быть лучше позволяют более эффективно построить коррекционно-педагогический процесс. Опираясь на положительные качества, усиливая и развивая их, нейтрализуя с их помощью отрицательные черты, воспитатель как бы предвосхищает процесс положительного формирования личности подростка. При достижении успеха, овладении новыми формами поведения ребенок переживает радость, испытывает внутреннюю удовлетворенность, начинает

верить в собственные силы, у него растет уверенность в победе, в достижении поставленной задачи.

6. Принцип сознательности и активности личности в целостном педагогическом процессе является важным звеном коррекционного процесса. Только понимая и осознавая необходимость проводимых перемен в поведении, активно помогая их осуществлению,

желая и стремясь их ускорить и реализовать, можно говорить об успешности и результативности коррекционно-педагогического процесса, надеяться на успех. Превращение воспитанника из объекта в субъект педагогической деятельности - длительный и сложный процесс, но без него невозможно надеяться на положительный результат.

7. Можно назвать еще один принцип - сочетания прямых и параллельных педагогических действий. Этот принцип оптимизирует педагогический процесс, мобилизует в нем социально значимые силы, создает поле дополнительного педагогического влияния, подключая воздействие ученического коллектива, силу общественного мнения. А для подростка мнение сверстников - важный фактор развития личности, выбора направленности своего поведения, определения алгоритма жизнедеятельности.

Несомненно, и другие общепедагогические принципы находят свое достойное место в процессе формирования модели коррекционно-педагогической деятельности. Вместе с тем общая направленность коррекционно-педагогического процесса требует углубления, усиления одних и ослабления других аспектов деятельности, более четкой и выверенной тактики

воздействия.

Принципы специальной коррекционно-педагогической деятельности.

1. Ведущим в системе специальной коррекционно-педагогической деятельности должен стать принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач, где системность и взаимообусловленность задач отражают взаимосвязанность развития различных сторон личности ребенка и их гетерохронность, т.е. неравномерность развития. Закон неравномерности, гетерохронности, развития личности подростка свидетельствует о том, что каждый человек находится как бы на разных уровнях развития в различных состояниях в одном и том же возрастном периоде: на уровне благополучия, соответствующего норме развития, на уровне риска, т.е. угрозы возникновения потенциальных трудностей развития, и на уровне актуальных трудностей развития, объективно выражающихся в разного рода отклонениях от нормативного хода развития. Необходимо не забывать при этом, что все аспекты развития личности, ее сознания и деятельности также взаимосвязаны и взаимообусловлены.

Поэтому при определении целей и задач коррекционно-педагогической деятельности необходимо исходить из ближайшего прогноза развития подростка, а не сиюминутной ситуации его отклоняющегося поведения. Своевременно принятые превентивные (профилактические) меры позволят избежать ненужных осложнений в его развитии и поведении, а следовательно,

необходимости развертывания в дальнейшем полномасштабных специальных коррекционных мероприятий. Вместе с тем любая программа коррекции развития воспитанника должна быть направлена не столько на коррекцию отклонений в развитии и поведении, на их предупреждение, сколько на создание благоприятных условий для наиболее полной реализации потенциальных возможностей гармонического развития личности подростка.

2. Реализация принципа единства диагностики и коррекции обеспечивает целостность педагогического процесса. Невозможно вести эффективную и полномасштабную коррекционную работу, не зная исходных данных об объекте. Трудно подобрать необходимые методы и приемы коррекции отклоняющегося поведения и развития, если у нас нет объективных данных о подростке, о причинах и характере девиации, особенностях его взаимоотношений со сверстниками и взрослыми.

Коррекционно-педагогический процесс требует постоянного систематического контроля, фиксации происшедших изменений или их отсутствия, т.е. контроля динамики хода и эффективности коррекции; проведения диагностических процедур, пронизывающих (охватывающих) все этапы коррекционно-педагогической деятельности - от постановки целей до ее достижения, получения конечного результата.

3. Принцип учета индивидуальных и возрастных особенностей ребенка в коррекционно-педагогическом процессе целесообразнее рассмотреть в плоскости принципа нормативности развития личности как последовательности сменяющих друг друга возрастов, возрастных стадий

онтогенетического развития. Понятие психологический возраст ввел Л.С.Выготский, который видел в этом «новый тип строения личности и ее деятельности, те психические и социальные изменения, которые в самом главном и основном определяют сознание ребенка, его отношение к среде, его внутреннюю и внешнюю жизнь, весь ход его развития в данный период».

Д.Б.Эльконин, характеризуя психологический возраст, выделяет три его параметра, которые необходимо учитывать при формулировке коррекционных целей и организации коррекционно-педагогического процесса.

Первый параметр - это «социальная ситуация развития» (по Л.С.Выготскому), единица анализа динамики развития ребенка, т.е. совокупность законов, которыми определяются возникновение и изменение структуры личности ребенка на каждом возрастном этапе.

Второй параметр - уровень сформированности психологических новообразований и их значение на данном этапе возрастного развития.

Подростковый возраст, как никакой другой, богат

на психологические новообразования (в сфере сознания, деятельности, системы взаимоотношений с окружающими).

Третий параметр - уровень развития ведущей деятельности подростка как деятельности, играющей решающую роль в его развитии. Здесь возрастает роль общения подростков, оно становится наиболее значимым явлением, без которого довольно трудно построить коррекционный процесс.

4. Деятельностный принцип коррекции определяет тактику проведения коррекционной работы и способы реализации поставленных целей,

подчеркивая, что исходным моментом в их достижении является организация активной деятельности подростка, создание необходимых условий для его ориентировки в сложных конфликтных ситуациях, выработки алгоритма социально приемлемого поведения.

Ведущая деятельность подростка определяет его отношение к миру, позицию и взаимодействие с теми элементами социальной среды, которые в соответствующий момент являются источниками развития, задает типичные для данной возрастной стадии формы общения в системе отношений «ребенок – сверстник», «ребенок – взрослый».

При планировании и организации коррекционно-педагогической работы следует выбрать наиболее адекватную целям и задачам коррекции модель деятельности, чтобы в ее содержании, формах и методах реализации были посилено сложные ситуации, которые подросток в состоянии был бы разрешить, а разрешение их направляло бы его в положительное русло развития.

Принцип деятельностного подхода является методологическим принципом построения процесса коррекции.

5. Принцип комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности. Ни в психологии, ни в педагогике не существует универсальных приемов воздействия, способствующих переориентации, изменению направления личности, резкому изменению поведения подростка. Поэтому в коррекционной педагогике необходима некая совокупность способов и средств, методов и приемов,

учитывающих и индивидуально-психологические особенности личности, и состояние социальной ситуации, и уровень материально-технического и учебно-методического обеспечения педагогического процесса, и подготовленность к его проведению учителей. Должны присутствовать при этом и определенная логика и последовательность применения педагогических методов и коррекционных приемов, определенная ступенчатость воздействия на сознание подростка, его эмоционально-чувственную сферу, вовлечения его в активную индивидуальную или групповую деятельность со сверстниками или взрослыми.

6. Принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения. Ребенок не может развиваться вне социального окружения, он активный его компонент, составная часть системы целостных социальных отношений. Отклонение в развитии и поведении ребенка - результат не только его психофизиологического состояния, но и активного воздействия на него родителей, ближайших друзей и сверстников, педагогического и ученического коллективов школы; т.е. сложности в поведении ребенка - следствие его отношений с ближайшим окружением, особенностей их совместной деятельности и общения, характера межличностных контактов с социумом. Следовательно, успех коррекционной работы с подростком без сотрудничества с родителями или другими взрослыми, без опоры на взаимоотношения со сверстниками в зависимости от характера отклонений в развитии и поведении оказывается либо недостаточно эффективным, либо попросту безрезультатным (Г.В.Бурменская, О.А.Карабанова).

Таким образом, основополагающие положения системы коррекционно-педагогической деятельности формируют ее базу, определяют логику коррекционного процесса, намечают общую стратегию и конкретную тактику на соответствующих ступенях управления процессом педагогической коррекции развития и поведения подростков.

Содержание и основные направления коррекционно-педагогической деятельности. Поскольку коррекционно-педагогическая деятельность - составная часть единого педагогического процесса, она должна обладать определенным «рабочим полем», быть очерчена «кругом влияния», сферой своего воздействия, иметь определенную структуру и направления (векторы) воздействия.

Во-первых, в рамках концепции специального образования и воспитания аномальных детей коррекционно-педагогическая работа занимает центральное положение в едином педагогическом процессе.

Во-вторых, коррекционная деятельность, являясь составной частью общего образования, в то же время имеет свою специфическую направленность при осуществлении учебно-воспитательного процесса.

В-третьих, по объему и значимости коррекционно-педагогического процесса в системе специального образования ему отводится довольно заметное место на пересечении составляющих образовательного процесса (обучение, воспитание, развитие).

В-четвертых, и это особенно важно, коррекция как социальная система должна иметь самостоятельный выход, взаимодействовать с социальной

средой, поскольку социальная среда для коррекционно-педагогического процесса является не компонентным элементом, а окружающей сферой, той самой границей поля взаимодействия и взаимовлияния компонентов единого педагогического процесса.

Социальная среда сказывается на всех уровнях педагогического процесса, она определяет социальные цели специального образования: становление и разностороннее развитие личности учащегося; его социально-трудовую реабилитацию, компенсацию дефекта; усвоение им социального опыта человечества в доступной форме. Одним словом, вся система коррекционно-педагогической работы направлена на то, чтобы реабилитировать и социально адаптировать аномального школьника к реалиям окружающего мира, сделать его полноправным и активным членом общества, который наравне со всеми людьми может включиться в полноценную общественную жизнь и приносить пользу обществу.

Определив рамки коррекционно-педагогической деятельности и его ведущие компоненты, обозначим ведущие направления этого процесса:

- корректирующее 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.

Эти направления могут быть представлены в виде тактических шагов:

- 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.

В коррекционно-педагогической деятельности, как во всяком виде деятельности, существуют определенный инструментарий, методы, приемы и средства достижения поставленной цели, реализации конкретных задач, осуществления соответствующих мероприятий по различным аспектам и направлениям деятельности.

В основе специальных методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности лежат общепедагогические подходы, подтверждением чему может быть совокупность методов и приемов коррекционной работы с аномальными детьми, нацеленные на развитие сохранных или восстановление нарушенных функций организма, знаний или умений ребенка. Это методы упражнения, методы убеждения, методы примера, методы стимулирования поведения и деятельности детей с отклонениями в развитии и поведении.

В коррекционно-педагогической деятельности, имеющей воспитательно-профилактическую направленность, цель которой - разрушение негативных установок и поведенческих стереотипов личности и формирование на этой основе социально значимых черт и качеств личности у подростков, выделяются группа методов переубеждения, принуждения, приучения, поощрения или методы переучивания, переубеждения, «реконструкции» характера, метод «взрыва», методы переключения, поощрения и наказания.

Вместе с тем педагоги и психологи выделяют и специфические методы психокоррекции отклонений в поведении и развитии детей и подростков: суггестивные и гетеросуггестивные методики психокоррекции, построенные на самовнушении и педагогическом внушении; дидактические методики психокоррекции, включающие разъяснение, убеждение и иные приемы рассудочно аргументированного воздействия, метод «сократического диалога», методики обучения саморегуляции мышлению, направленные на управление собой, на укрепление своего нервно-психического здоровья, саморефлексию; методики групповой психокоррекции, разыгрывания ролевых ситуаций; методы конгруэнтной коммуникации; метод разрушения конфликтов; метод арттерапии; метод социальной терапии; метод поведенческого тренинга и т.д.

Все эти методы и методики психокоррекции развития и поведения ребенка являются важным инструментом в решении главной задачи коррекционно-педагогической деятельности по преодолению существующего недостатка у ребенка, по реабилитации его личности и осуществлению успешной адаптации и интеграции ребенка в социум.

Поскольку отклонение в развитии и поведении чаще всего существует как сложная интегрированная проблема, то и его коррекция осуществляется комплексно, т.е. на основе глубокой диагностико-коррекционной деятельности, выявления и изучения, природы и этиологии отклонения в развитии и поведении; в программе коррекционно-педагогической деятельности должны быть предусмотрены как работа по преодолению дефекта, так и шаги по его профилактике, а также действия по формированию личности подростка с опорой на его положительные качества. Коррекционно-педагогическая деятельность должна быть направлена не только на ликвидацию пробелов в познавательной деятельности, но и на формирование мировоззрения, социально значимых знаний, умений и навыков; вся коррекционно-педагогическая деятельность должна быть практически ориентирована и нацелена на высокий уровень результативности; она должна быть пронизана идеей сотрудничества и взаимодействия между объектом и субъектами коррекционно-педагогического процесса, между ученическим и педагогическим коллективами; коррекционно-педагогическая деятельность предусматривает координацию усилий школы, семьи и социума в решении задач предупреждения, преодоления недостатков в развитии и поведении детей и подростков, формирования у них социально значимых качеств личности.

### 2.3. Вопросы для самоконтроля.

- 1) Что такое коррекция?
- 2) Что собой представляет компенсация?

3) Какие виды компенсации выделяют?

4) Что собой представляет компенсирующая направленность коррекционно-педагогической деятельности?

#### 2.4. Задания для практики.

Необходимо ответить на вопросы теста:

1. Установите соответствие между категориями специальной педагогики и их определениями:

а) коррекция;

б) реадaptация;

в) декомпенсация;

г) псевдокомпенсация.

1. утрата достигнутого ранее компенсаторного эффекта под влиянием патогенного воздействия;

2. устойчивые тенденции личности неадекватно использовать защитные механизмы и стратегии, не позволяющие человеку найти продуктивный выход из сложившейся ситуации;

3. исправление тех или иных нарушений;

4. комплекс мероприятий, направленный на приспособление инвалида к новым условиям внешней среды.

2. Систематизация знаний, направленная на повышение общего уровня развития ребенка, является задачей ... .

а) социальной адаптации;

- б) психологической реабилитации;
- в) процесса компенсации физиологических функции;
- г) коррекционно-развивающего обучения.

3. Знания способов коррекционной помощи детям с особыми потребностями, требует принцип ... .

- а) дифференцированного и индивидуального подхода;
- б) необходимости специального педагогического руководства;
- в) педагогического оптимизма;
- г) деятельностного подхода в обучении и воспитании.

4. Специальная педагогика ориентирована на ... обучение.

- а) развивающее;
- б) предметное;
- в) наглядное;
- г) эстетическое.

5. Установите соответствие между уровнями компенсаторных процессов и их содержанием:

- а) биологический;
- б) психологический;
- в) социально-психологический;
- г) социальный.

1. компенсаторные процессы протекают преимущественно автоматически и бессознательно на телесном уровне;

2. связан со способностью человека к адекватной оценке своих возможностей,

постановке реальных целей и задач в условиях тех или иных нарушений;

3. содержание этого уровня связано с макросоциальными масштабами существования человека;

4. эффективность компенсации во многом определяется характером межличностных отношений индивида с ближайшим окружением, формированием ощущения благополучия, осмысленности существования.

6. В компенсации полностью утраченных функций важную роль играют

- а) развивающие игры;
- б) дидактические материалы;
- в) специальные технические средства;
- г) наглядные пособия.

## 2.5. Глоссарий по лекции 2.

Коррекционно-воспитательная работа — система специальных педагогических мероприятий, направленная на ослабление или преодоление недостатков (дефектов) в развитии.

Реабилитация — это система медико-педагогических мер, направленных на включение ребёнка с проблемами развития в социальной среде; приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей.

Абилитация — это система лечебно-педагогических мероприятий с целью предупреждения и лечения патологических состояний у детей раннего возраста, ещё не адаптировавшихся в социальной среде, которые приводят к

стойкой утрате возможности учиться, трудиться и т. д.

Коррекция — это система педагогических мер, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития детей.

Компенсация — это замещение или перестройка нарушенных или недоразвитых функций организма.

#### 2.6. Используемые информационные ресурсы:

1. Воложин А. И., Субботин Ю. К. Адаптация и компенсация — универсальный биологический механизм приспособления. М., 1987, с. 33-34.

2. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. Л., 1985, с. 10.

### **Лекция 3**

#### **Психологические особенности детей с задержкой психического развития.**

Аннотация. В данной теме раскрывается понятие задержанного психического развития. Охарактеризованы виды ЗПР, представленные в классификации К.С. Лебединской.

Ключевые слова. Задержка психического развития, инфантилизм, ЗПР психогенного происхождения, ЗПР конституционального генеза, ЗПР психогенного генеза, ЗПР церебрально-органического генеза.

Методические рекомендации по изучению темы. Вначале необходимо изучить теоретическую часть с определением основных понятий. После этого следует ответить на теоретические вопросы и решить практические задания,

приведенные в конце темы. Для контроля усвоения материала необходимо пройти тестирование по данной теме. Вопросы, возникшие при изучении данной темы, можно обсудить в разделе Обсуждений.

### 3.1. Понятие и классификация ЗПР

ЗПР — нарушение нормального темпа психического развития, проявляющееся в замедленном темпе созревания эмоционально-волевой сферы, в интеллектуальной недостаточности (умственные способности ребенка не соответствуют его возрасту).

Первой фундаментальной публикацией о таких детях была монография А.Штрауса и Л.Летинен «Психопатология и обучение ребенка с повреждением мозга», вышедшая в США в 1947 г., где описываются особенности таких детей. Задержка психического развития (ЗПР) — это психолого-педагогическое определение для наиболее распространенного среди всех встречающихся у детей отклонений в психофизическом развитии. По данным разных авторов, в детской популяции выявляется от 6 до 11% детей с ЗПР различного генеза. Задержка психического развития относится к «пограничной» форме дизонтогенеза и выражается в замедленном темпе созревания различных психических функций. В целом для данного состояния являются характерными гетерохронность (разновременность) проявления отклонений и существенные различия как в степени их выраженности, так и в прогнозе последствий.

Для психической сферы ребенка с ЗПР типичным является сочетание дефицитарных функций с сохранными. Парциальная (частичная) дефицитарность высших психических функций может сопровождаться инфантильными чертами личности и поведения ребенка. При этом в отдельных случаях у ребенка страдает работоспособность, в других случаях — произвольность в организации деятельности, в третьих — мотивация к различным видам познавательной деятельности и т. д.

В словаре Н.В. Новоторцевой «Коррекционная педагогика и специальная психология» задержка психического развития определяется как «нарушение нормального темпа психического развития, проявляющееся в замедленном темпе созревания эмоционально-волевой сферы, в интеллектуальной недостаточности (умственные способности ребенка не соответствует его возрасту)». Об этом же говорит В.В. Лебединский в своей книге «Нарушения психического развития в детском возрасте». При ЗПР «в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере выражены нерезко. В других случаях, наоборот, преобладает замедление развития интеллектуальной сферы». В книге Л.Г. Мустаевой «Коррекционно-педагогические и социально-психологические аспекты сопровождения детей с задержкой психического развития» в общий термин ЗПР включаются «различные по происхождению и клиническим проявлениям состояния легкой интеллектуальной недостаточности, характеризующиеся замедленным темпом психического развития, личностной незрелостью, негрубыми нарушениями

познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы».

Основной причиной ЗПР являются слабовыраженные (минимальные) органические повреждения мозга ребенка или врожденные, или полученные во внутриутробном, природном, а также в раннем периодах его жизни. Задержка психического развития возникает и в результате ослабления ЦНС инфекциями, хроническими соматическими состояниями, интоксикацией, травмами головного мозга, нарушениями эндокринной системы. В появлении синдрома ЗПР существенную роль играют конституциональные факторы, органическая недостаточность нервной системы генетического происхождения, длительные неблагоприятные условия воспитания. Неблагоприятные социальные факторы усугубляют отставание в развитии, но не представляют единственную или главную причину ЗПР.

В 1966 году М.С. Певзнер была опубликована классификация ЗПР, включающая следующие клинические варианты:

□ психофизический инфантилизм с недоразвитием у детей эмоционально — волевой сферы при сохранном интеллекте (неосложненный гармонический инфантилизм);

□ психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;

□ психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;

□ психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

Классификация детей с ЗПР К.С.Лебединской (1980):

□ЗПР 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 этой группы очень выражены игровые интересы, которые преобладают даже в школьном возрасте.

Гармонический инфантилизм — это равномерное проявление инфантилизма во всех сферах. 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. Психофизический инфантилизм иногда имеет наследственную природу. В некоторых семьях отмечается, что и родители в детстве имели соответствующие черты. Преобладает эмоциональная мотивация поведения, повышенный фон настроения, незрелость личности в целом, легкая внушаемость, произвольность всех психических функций. Нередко возникновение этой формы ЗПР может быть связано с негрубыми обменно-трофическими

расстройствами. Детям с этой формой ЗПР практически не нужна специальная помощь, поскольку со временем отставание сглаживается. Однако обучение в школе с 6-летнего возраста для них нерационально.

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

Гармонический и психофизический инфантилизм представляет собой запаздывание темпа физического и психического развития личности, выражающееся в незрелости эмоционально-волевой сферы, влияющей на поведение ребенка и его социальную адаптацию. Дети по росту и физическому развитию отстают от своих сверстников на 1,5–2 года, для них характерны живая мимика, выразительная жестикация, быстрые, порывистые движения. На первый план выступают неустойчивость в игре и быстрая утомляемость при выполнении практических заданий, требующих удержания сосредоточенного внимания довольно продолжительное время (рисование, счет, чтение, письмо). При полноценном интеллекте отмечаются недостаточно выраженный интерес к занятиям по письму, чтению, счету.

Детям свойственны слабая способность к умственному напряжению, повышенная подражательность, внушаемость. Однако к 6–7 годам ребенок уже достаточно хорошо понимает и регулирует свое поведение в зависимости от

необходимости выполнить ту или иную работу.

Дети с инфантильными чертами поведения несамостоятельны и некритичны к своему поведению. На уроках «выключаются» и не выполняют задания. Могут плакать по пустякам, но быстро успокаиваются при переключении внимания на игру или на что-то, доставляющее им удовольствие. Любят фантазировать, заменяя и вытесняя своими вымыслами неприятные для них жизненные ситуации.

□ЗПР 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. Большое значение имеют социальные факторы, приводящие к появлению различных невротических наслоений (неуверенность, боязливость, капризность, ощущение физической неполноценности). Усугубляет состояние ребенка режим ограничений и запретов, в котором он постоянно находится. Детям с этой формой задержки психического развития вместе с психолого-

педагогическим воздействием требуется и медицинская помощь, периодическое пребывание в санатории. Соматическая задержка психического развития характеризуется эмоциональной незрелостью, которая обусловлена длительными хроническими заболеваниями, врожденными и приобретенными пороками внутренних органов, в первую очередь сердца. В замедленном темпе психического развития значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический статус. Дисгармонический психический инфантилизм может быть связан с эндокринными заболеваниями. Так, при недостаточной выработке гормона надпочечников и гормонов половых желез в возрасте 12 – 13 лет может быть задержка полового созревания как у мальчиков, так и у девочек. При этом формируются своеобразные особенности психики подростка, характерные для так называемого гипогенитального инфантилизма. Чаще черты незрелости проявляются у мальчиков. Подростки медлительны, быстро устают, работоспособность неровная, выше в первой половине дня. Обнаруживается снижение объема памяти; внимание быстро рассеивается, поэтому ученик делает много ошибок. Интересы у подростков с гипогенитальной формой инфантилизма своеобразны: например, мальчики больше интересуются спокойными занятиями. Двигательные умения и навыки развиты недостаточно, они неуклюжи, медлительны и неповоротливы. Вместе с тем эти дети имеют хорошие интеллектуальные способности, отличаются большой эрудицией, однако они не всегда могут использовать свои знания на занятиях, так как бывают очень рассеяны и невнимательны. Склонны к бесплодным рассуждениям на любые темы. Очень обидчивы, болезненно

переживают свои неудачи в учебе и трудности в общении со сверстниками. Лучше себя чувствуют в обществе взрослых, где слышат эрудитами. Признаки гипогенитального инфантилизма проявляются во внешнем облике подростка. Они имеют невысокий рост, полноту, «лунообразное» лицо, тонкий, «писклявый» голос. К эндокринным формам инфантилизма относится также гипофизарный нанизм (карликовость). У таких детей наблюдается сочетание признаков незрелой детской психики с чертами старообразности, педантизма, склонности к рассуждениям и поучительству. Школьная неуспеваемость нередко является следствием слабости волевого усилия, медлительности, расстройства внимания и логической памяти. Ребенок не может на длительное время сосредоточиться, отвлекается, – это часто приводит к ошибкам в заданиях. Такие дети медленно усваивают новый материал, но, усвоив его, хорошо оперируют правилами, таблицей умножения, в достаточном темпе читают, обладают неплохой механической памятью. Дети, страдающие гипофизарным нанизмом, проявляют некоторую несамостоятельность, требуют опеки старших. Иногда у них возникают нежелательные реакции, стойкое понижение настроения, нарушение сна, ограничение общения со сверстниками, снижение успеваемости, отказ посещать школу. Если такое состояние не проходит через небольшой промежуток времени, необходимо обратиться к психоневрологу. Невропатический вариант осложненного инфантилизма характеризуется наличием несамостоятельности, чрезмерной привязанности к матери, трудностью адаптации в воспитательных учреждениях. Такие дети с рождения засыпают с большим трудом, имея беспокойный сон; робкие,

застенчивые по характеру, они трудно привыкают к детскому коллективу. На занятиях очень плаксивы, не отвечают на вопросы при посторонних. В своих интеллектуальных способностях подчас опережают своих сверстников, однако проявить свои знания не умеют, в ответах чувствуется неуверенность, что ухудшает представление педагога об их истинных знаниях. У таких детей нередко отмечается страх устного ответа. Их работоспособность быстро истощаема. Инфантильность также проявляется в полной практической непригодности. Моторика отличается угловатостью и медлительностью. На фоне указанных черт психики могут возникнуть так называемые школьные неврозы. Ребенок с большим нежеланием посещает школу. Любое соматическое заболевание встречает с радостью, так как появляется возможность остаться дома. Это не лень, а боязнь отрыва от привычной обстановки, матери. Трудность адаптации к школе приводит к снижению успеваемости, усвоения учебного материала, ухудшается память и внимание, ребенок становится вялым и рассеянным.

□ЗПР 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, ослабленной личности, у таких детей обычно проявляется эгоцентризм, отсутствие самостоятельности в деятельности, недостаточная целенаправленность, неспособность к волевому усилию, эгоизм. Конечно, социальный характер данной аномалии развития не исключает ее первоначально патологической структуры. Неблагоприятные социальные условия, долго воздействующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, способствуют возникновению стойких отклонений в его нервно-психической сфере. Эту форму ЗПР надо уметь отличать от педагогической запущенности, проявляющейся прежде всего в ограниченных знаниях и умениях ребенка вследствие недостатка интеллектуальной информации. Данная форма ЗПР наблюдается при аномальном развитии личности по типу психической неустойчивости, обусловленном явлениями гипоопеки и гиперопеки. Патологическая незрелость эмоционально-волевой сферы сочетается с недостаточным уровнем знаний и бедностью представлений. Дети с такой формой ЗПР не способны к волевому усилию, у

них отсутствует произвольная форма поведения. Все эти качества в конечном счете ведут к тому, что ребенок оказывается неприспособленным к жизни и долгое время будет постоянно нуждаться в помощи.

Патологическое развитие личности по невротическому типу наблюдается у детей, воспитывающихся в условиях, где царят грубость, деспотичность, жестокость, агрессивность. Данная форма ЗПР часто встречается у детей, лишенных семьи. У них отмечается эмоциональная незрелость, малая активность. Психическая неустойчивость сочетается с задержкой формирования познавательной деятельности.

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

Психогенно обусловленный инфантилизм может быть связан с неправильными условиями воспитания, например в семьях, где одного ребенка опекают несколько взрослых. Это часто препятствует развитию у ребенка самостоятельности, воли, умения, а затем и желания преодолевать малейшие

трудности. При нормальном интеллектуальном развитии такой ребенок учится неровно, так как не приучен трудиться, не умеет самостоятельно выполнять и проверять задания. Адаптация в коллективе этой категории детей затруднена из-за таких черт характера, как эгоизм, противопоставление себя классу, что приводит не только к конфликтным ситуациям, но и к развитию у ребенка невротического состояния.

Особо следует выделить детей с так называемой микросоциальной запущенностью. Эти дети имеют недостаточный уровень развития навыков, умений и знаний на фоне полноценной нервной системы из-за длительного нахождения в условиях дефицита информации не только интеллектуальной, но и эмоциональной. Неблагоприятные условия воспитания (при хроническом алкоголизме родителей, в условиях безнадзорности и т.д.) обуславливают замедленное формирование коммуникативно-познавательной активности детей в раннем возрасте.

Л.С. Выготский неоднократно подчеркивал, что процесс формирования психики ребенка определяется социальной ситуацией развития, под которой понимаются отношения между ребенком и окружающей его социальной действительностью. В неблагополучных семьях ребенок испытывает дефицит общения. Эта проблема со всей остротой встает в школьном возрасте в связи со школьной адаптацией. При сохранном интеллекте эти дети не могут самостоятельно организовывать свою деятельность: испытывают трудности в планировании и вычленении ее этапов, им недоступна оценка результатов. Отмечается выраженное нарушение внимания, импульсивность, отсутствие

заинтересованности в улучшении своих показателей. Особую трудность вызывают задания, которые необходимо выполнить по словесной инструкции.

Дети, с одной стороны, испытывают повышенную утомляемость, а с другой – очень раздражительны, склонны к аффективным вспышкам и конфликтам.

□ЗПР церебрально-органического генеза (самая многочисленная).

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. ЗПР церебрально-органического генеза (минимальная мозговая дисфункция — ММД или легкая дисфункция мозга - ЛДМ) занимает основное место в полиморфной группе задержки психического развития. Дети с данной формой ЗПР характеризуются стойкостью и выраженностью нарушений в эмоционально-волевой сфере и познавательной деятельности. Функциональные расстройства ЦНС накладывают отпечаток на психологическую структуру этой формы ЗПР. Клинико-психологическую структуру этой формы ЗПР характеризует сочетание черт незрелости и различной степени повреждения ряда психических функций. Признаки незрелости в эмоциональной сфере проявляются при органическом инфантилизме, а в интеллектуальной — в недостаточности сформированности отдельных корковых функций и в недоразвитии регуляции высших форм произвольной деятельности. В зависимости от типа соотношения черт органической незрелости и повреждения ЦНС выделяют два клинико-психологических варианта ЗПР церебрально-органического генеза.

При первом варианте — у детей обнаруживаются черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма (негрубые церебростенические и неврозоподобные расстройства, признаки минимальной мозговой дисфункции, незрелость мозговых структур). Нарушения высших корковых функций имеют динамический характер, обусловленный их недостаточной сформированностью и повышенной истощаемостью. Регуляторные функции особенно слабы в звене контроля. Прогноз более благоприятен и в хороших социальных условиях (благополучная семья и пр.) таким детям можно рекомендовать пребывание в кругу учащихся школ общего назначения в сочетании с квалифицированной педагогической и психологической помощью.

При втором варианте — доминируют симптомы поврежденности: выраженные церебростенические, неврозоподобные, психопатоподобные синдромы. Неврологические данные отражают выраженность органических расстройств и значительную частоту очаговых нарушений. Наблюдаются также тяжелые нейродинамические расстройства (инертность, персивираторные явления), дефицитарность корковых функций, в том числе их локальные нарушения. Дисфункция регуляторных структур проявляется в звеньях и контроля, и программирования. При этом варианте - этой формы дефекта дети нуждаются в существенной психолого-педагогической коррекции. Такая коррекция в ряде случаев может быть обеспечена только в условиях специальных учреждений для дошкольников и школьников с ЗПР или в специальных группах детского сада или классов коррекционно-развивающего

обучения школ общего назначения.

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.

При задержке психического развития церебрально-органического генеза необходимы комплексные психолого-педагогические коррекционные мероприятия. Причинами этой формы ЗПР являются патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни. В определенной мере они сходны с причинами, приводящими к олигофрении. Это сходство определяется органическими поражениями центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Чаще задержка психического развития по церебрально-органическому типу связана с более поздними поражениями мозга, когда дифференциация основных мозговых систем уже закончена. Задержка психического развития церебрального происхождения при хромосомных нарушениях, внутриутробных поражениях, родовых травмах встречается чаще других и представляет наибольшую сложность при отграничении от умственной отсталости.

У детей с задержкой развития церебрально-органического генеза

замедленная смена возрастных фаз психического развития (запаздывание формирования двигательных функций, речи, этапов и уровней деятельности) часто имеет место уже в дошкольном возрасте. К школьному возрасту обычно выявляется уже общая ЗПР, включается как несформированность эмоционально-волевой сферы по типу так называемого органического инфантилизма, так и незрелость познавательной деятельности. При органическом инфантилизме отсутствует живость и яркость эмоций, характерна их недостаточная дифференцированность, слабая заинтересованность в оценке, низкий уровень притязаний. Выраженная внушаемость нередко отражает органический дефект критики. Игровую деятельность характеризует бедность воображения и творчества, преобладание двигательной расторможенности.

Замедление формирования познавательной деятельности при ЗПР церебрально-органического генеза в значительной мере связано с нейродинамическими расстройствами. Сюда в первую очередь относятся церебрастенические явления – повышенная утомляемость, играющая большую роль в нарушениях работоспособности, памяти, внимания, других высших психических функций, замедление темпа интеллектуальной деятельности при быстром нарастании усталости.

При стойких формах ЗПР церебрально-органического генеза, помимо расстройств познавательной деятельности, обусловленных нарушением работоспособности, нередко наблюдается и недостаточная сформированность отдельных корковых или подкорковых функций: слухового, зрительного и тактильного восприятия, пространственного синтеза, моторной и сенсорной

стороны речи, долговременной и кратковременной памяти.

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

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

тотальное недоразвитие, при ЗПР наблюдается избирательность нарушений, особенно в отношении высших корковых функций.

### 3.2. Психологические особенности детей с ЗПР.

Существенным проявлением задержки психического развития является очень низкий уровень активности во всех сферах психической деятельности, во всех ее видах. Это наблюдается и в восприятии, и в мыслительной деятельности, и в конструктивной деятельности, и даже в игре.

Низкий уровень активности служит как бы полупроницаемым барьером по отношению к воздействиям окружающего мира и является одной из причин того, что в психическом развитии детей этой категории очень отчетливо проявляется закономерность, общая для всех видов нарушенного развития, — снижение, по сравнению с нормой, скорости и уменьшение объема приема и переработки информации. В значительной мере в результате этого у них замедленно формируются представления, понятия, различные навыки и умения.

Одной из характерных особенностей ЗПР является неравномерность формирования разных сторон психической деятельности ребенка. Выявлено, что детям с ЗПР необходимо больше времени, чем их нормально развивающимся сверстникам, для приема и переработки сенсорной информации. Изучение особенностей мыслительной деятельности детей с ЗПР показало, что большие затруднения возникают у них при выполнении заданий, требующих словесно-логического мышления. Наглядно-действенное мышление

оказывается нарушенным в значительно меньшей степени. В наибольшей степени страдает наглядно-образное мышление. Их наглядно-образному мышлению присуща недостаточная подвижность образов-представлений. Как правило, словесно сформулированные задачи, относящиеся к ситуациям, близким детям с ЗПР, решаются ими на достаточно высоком уровне. Простые же задачи, основанные даже на наглядном материале, но отсутствующем в жизненном опыте ребенка, вызывают большие трудности.

Речь детей с задержкой психического развития также имеет ряд особенностей. Так, их словарь, в частности активный, значительно сужен, понятия недостаточно точны. Ряд грамматических категорий в их речи вообще отсутствует.

Многие психологические особенности ЗПР можно наблюдать уже на ранних этапах жизни ребенка. Дети с минимальной мозговой дисфункцией беспокойны, раздражительны, часто кричат беспричинно. У них наблюдается нарушение сна и бодрствования, сна и питания. Они долго не засыпают, мало спят, плохо и мало едят. Невыспавшийся и голодный ребенок находится в состоянии постоянной усталости и напряжения. Активность младенца повышена и не всегда целенаправленна. Восприятие мира более хаотично, чем у нормально развивающегося ребенка. Сенсомоторное развитие идет с запозданием, поэтому у него вовремя не формируются адекватные реакции на поступающие воздействия. Часто наблюдается нарушение двигательных способностей: движения нескоординированы, неловки, неконтролируемы. Дети

чрезмерно подвижны и импульсивны. У них нередко возникает чувство страха, тревоги, опасения. Психологические проявления, свойственные дошкольному возрасту, у детей с ЗПР неполноценны. Так, игровая деятельность недостаточно сформирована. Дети с ЗПР предпочитают наиболее простые игры, характерная же для старшего дошкольного возраста ролевая игра, требующая выполнения определенных правил, проводится ими в ограниченной форме: дети соскальзывают на стереотипные действия, часто просто манипулируют игрушками. В целом игра носит процессуальный характер. Фактически дошкольники с ЗПР не принимают отведенной им роли и не выполняют функций, возлагаемых на них правилами игры. Они не проявляют интереса к играм по правилам, имеющим важное значение в подготовке к учебной деятельности. Такие дети предпочитают подвижные игры, свойственные более младшему возрасту. Дошкольники с ЗПР не держат дистанцию со взрослыми, могут вести себя навязчиво, бесцеремонно, в процессе знакомства зачастую обследуют взрослого как неодушевленный предмет. Они редко завязывают длительные и глубокие отношения со своими сверстниками.

Вместе с тем задержку психического развития не всегда можно распознать в дошкольном возрасте. Чаще всего ее выявляют в процессе преддошкольной диспансеризации или в ходе обучения в 1 классе школы общего назначения.

У школьников с ЗПР отмечается недостаточная познавательная активность, которая, сочетаясь с быстрой утомляемостью и истощаемостью ребенка, может серьезно тормозить их обучение и развитие. Так, быстро

наступающее утомление приводит к снижению работоспособности у детей, что проявляется в трудностях усвоения учебного материала. Дети с ЗПР не удерживают в памяти условия задания, продиктованное предложение, забывают слова, не могут сосредоточиться на задании, не умеют подчиняться школьным правилам и др.

Как отмечают многие авторы, дети с ЗПР эффективно принимают и используют помощь взрослого при выполнении каких-либо заданий. Причем в зависимости от степени задержки психического развития и материала, с которым работает ребенок, помощь по своему характеру может быть разной. Способность принимать помощь взрослых, усваивать принцип действия и переносить его на аналогичные задания существенно отличает детей с ЗПР от умственно отсталых, обнаруживает более высокие потенциальные возможности их психического развития и является той основой, на которую возможно опереться при организации коррекционных мероприятий.

Все дети с ЗПР любят занятия физической культурой, спортивные игры, хотя у них обнаруживается двигательная неловкость, недостаточная координированность движений, неумение подчиняться заданному ритму. Со временем в процессе обучения они достигают значительных успехов.

Школьники с ЗПР, дорожа доверием взрослых, могут допускать срывы в своем поведении. Они трудно входят в рабочий режим урока, могут вскочить, пройтись по классу, задавать вопросы, не относящиеся к данному уроку. Быстро утомляясь, одни дети становятся вялыми, пассивными, не

работают; другие — повышенно возбудимы, расторможены, двигательно беспокойны. Эти дети очень обидчивы и вспыльчивы. Для вывода их из таких состояний требуется время, особые методы и большой такт со стороны педагога и других взрослых, окружающих ребенка с данным дефектом развития. Они с трудом переключаются с одного вида деятельности на другой.

Многим детям с ЗПР необходимо обучение в специальных школах, где с ними проводится большая коррекционная работа, задача которой — обогащать этих детей разнообразными знаниями об окружающем мире, развивать у них наблюдательность и опыт практического обобщения, формировать умение самостоятельно добывать знания и пользоваться ими. Неотъемлемой частью коррекционного обучения детей с ЗПР является нормализация их учебной деятельности, которая характеризуется неорганизованностью, импульсивностью, низкой продуктивностью. Учащиеся с данным дефектом не достаточно умеют планировать свои действия, их контролировать, не руководствуются в своей деятельности конечной целью, часто —перескакивают с одного задания на другое, не завершив начатое, и т.д. Нарушения деятельности детей с ЗПР — существенный компонент в структуре дефекта, они тормозят обучение и развитие учащихся. Нормализация деятельности составляет важную часть коррекционного обучения таких детей, осуществляемая на всех уроках и во внеурочное время.

Для детей с ЗПР характерна значительная неоднородность нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности. Наиболее нарушенной оказывается эмоционально-личностная сфера и общие

характеристики деятельности (познавательная активность, особенно спонтанная, целенаправленность, контроль, работоспособность), в сравнении с относительно более высокими показателями мышления и памяти.

Обнаружить те или иные отклонения в развитии ребенка в раннем возрасте может мать. Она первая заметит особенности его поведения. Если возникнут какие-либо сомнения в отношении правильного, в соответствии с нормой, развития ребенка необходимо обратиться или к врачу педиатру, или к психологу, или к психоневрологу. При установлении диагноза «задержка психического развития» задача семьи и, особенно родителей, помочь ребенку выйти из этого состояния, максимально скорректировать его дефект. Ребенку необходимо прививать навыки самообслуживания, его надо учить общаться со сверстниками и взрослыми. Необходимо знакомить малыша с окружающим миром, водить его на прогулки, экскурсии, в походы. Все это будет способствовать расширению его кругозора, увеличению словарного запаса, эмоциональному развитию. Особое внимание следует обратить на формирование интереса к игре и учебе.

### 3.3. Вопросы для самоконтроля

- 1) Что собой представляет ЗПР как патологическое состояние?
- 2) Какие варианты задержки психического развития выделяет К.С. Лебединская?
- 3) Чем характеризуется ЗПР психогенного происхождения?

- 4) Чем характеризуется ЗПР соматогенного происхождения?
- 5) Чем характеризуется ЗПР конституционального происхождения?
- 6) Чем характеризуется ЗПР церебрально-органического генеза?

### 3.4. Задания для практики

Необходимо решить задания теста:

1. Термин «задержка» подчеркивает ... .

- а) крайне замедленное формирование новых, особенно сложных условных связей;
- б) регресс психомоторных навыков;
- в) стойкое ослабление познавательной деятельности;
- г) несоответствие уровня психического развития паспортному возрасту ребенка.

2. Благоприятный прогноз задержки психического развития \_\_\_\_\_ генеза зависит от индивидуальных возможностей ребенка.

- а) соматогенного;
- б) психогенного;
- в) церебрально-органического;
- г) конституционального.

3. При наличии шадящего режима обучения строится благоприятный прогноз задержки психического развития \_\_\_\_\_ генеза.

- а) конституционального;
- б) церебрально-органического;
- в) психогенного;

г) соматогенного;

4. К факторам возникновения задержки психического развития психогенного характера относится (-ятся) ... .

а) неблагоприятная микросоциальная среда;

б) поражение коры головного мозга;

в) патология родов;

г) соматические заболевания.

5. К варианту дизонтогенеза, клиническим выражением которого является синдром психического инфантилизма, относится \_\_\_\_\_ развитие.

а) дисгармоническое;

б) искаженное;

в) дефицитарное;

г) задержанное.

6. Задержка психического развития, при которой эмоциональная сфера находится как бы на более ранней ступени развития имеет \_\_\_\_\_ происхождение.

а) конституциональное;

б) речевое;

в) психогенное;

г) акцентуированное.

7. В основу классификации задержки психического развития К.С. Лебединской был положен \_\_\_\_\_ принцип.

- а) соматический;
- б) этиологический;
- в) патогенетический;
- г) дизонтогенетический.

8. Комплексное изучение детей с задержанным развитием развернулось в отечественной специальной психологии в ... .

- а) 70-80 гг. XX в.;
- б) 40-50 гг. XX в.;
- в) 30-40 гг. XX в.;
- г) 60-70 гг. XX в.

9. Дети дошкольного возраста с ЗПР составляют \_\_\_\_ от детской популяции.

- а) 40%;
- б) 2%;
- в) 12,5%;
- г) 25%.

10. Возникновение задержки психического развития психогенного происхождения связано с ... .

- а) неблагоприятными условиями воспитания;
- б) речевыми нарушениями;
- в) медикаментозным лечением;
- г) хроническими инфекциями.

### 3.5. Глоссарий по теме 3

Задержка психического развития — нарушение нормального темпа психического развития, проявляющееся в замедленном темпе созревания эмоционально-волевой сферы, в интеллектуальной недостаточности

ЗПР конституционального происхождения это гармонический психический и психофизический инфантилизм.

ЗПР психогенного происхождения – форма ЗПР, связанная с неблагоприятными условиями воспитания, вызывающими нарушение формирования личности ребенка.

ЗПР соматогенного происхождения – форма ЗПР, которая связана с длительными тяжелыми соматическими заболеваниями в раннем возрасте.

ЗПР церебрально-органического происхождения – форма ЗПР, причинами которой являются 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.

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

### 3.6. Использованные информационные ресурсы

1. Лубовский В.И., Розанова Т.В., Солнцева Л.И. и др. Специальная

психология: учебное пособие / Под ред. В.И.Лубовского.6-ое изд., испр. и доп.

– М.: Издательский центр «Академия», 2005.

2. Специальная педагогика / под ред. Н.М. Назаровой – М., 2006.

## **Лекция 4**

### **Психологические особенности детей со стойким недоразвитием интеллектуальной сферы**

Аннотация. В данной теме раскрываются такие понятия как умственная отсталость, олигофрения, деменция, идиотия, дебильность, имбецильность и др. Представлена психологическая характеристика детей с умственной отсталостью.

Ключевые слова. Умственная отсталость, олигофрения, деменция, идиотия, дебильность, имбецильность

Методические рекомендации по изучению темы. Вначале необходимо изучить теоретическую часть с определением основных понятий. После этого следует ответить на теоретические вопросы и решить практические задания, приведенные в конце темы. Для контроля усвоения материала необходимо пройти тестирование по данной теме. Вопросы, возникшие при изучении данной темы, можно обсудить в разделе Обсуждений.

#### 4.1 Понятия и классификация умственной отсталости.

##### Психологические особенности детей-олигофренов

Над проблемами психологии умственно отсталого ребенка работали Л.В. Занков, Ж.И. Шиф, М.С. Певзнер, В.Г. Петрова, Г.М. Дульнев, Б.И. Пинский, Н.Г. Морозова, Х.С. Замский, С.Я. Рубинштейн и другие ученые. Благодаря их исследованиям разработана система обучения умственно отсталых детей, научно обоснована система их профессионально-трудовой подготовки. В настоящее время Е.А. Стребелевой и ее коллегами разрабатывается методика раннего выявления и ранней коррекции отклонений в умственном развитии детей.

Понятие «умственная отсталость» не равнозначно понятию «олигофрения». Понятие «умственная отсталость» является более общим. Оно включает в себя олигофрению и другие (различные по причинам) состояния выраженного интеллектуального недоразвития. Например: дети с самыми разными заболеваниями (шизофренией, эпилепсией, перенесшие в дошкольном возрасте энцефалиты, травмы и многие другие заболевания). Но не во всех случаях ребенок может быть умственно отсталым, даже если он страдает тяжелыми заболеваниями нервной системы, например шизофренией.

К умственно отсталым относят детей со стойким, необратимым нарушением преимущественно познавательной сферы, возникающим вследствие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный характер. Характерной особенностью дефекта при умственной отсталости является нарушение высших психических функций. Это выражается в нарушении познавательных процессов, страдают эмоционально-волевая

сфера, моторика, личность в целом.

Глубокое недоразвитие познавательных процессов – наиболее ярко выраженная особенность умственно отсталых детей. Для умственно отсталых детей характерно наличие патологических черт в эмоционально-волевой сфере: повышенная возбудимость или, наоборот, инертность; трудности формирования интересов и социальной мотивации деятельности. У многих умственно отсталых детей наблюдаются отклонения в физическом развитии: аномалии роста, нарушение обмена веществ, дискоординация моторики, трудности формирования двигательных рабочих навыков и другие.

Среди клинических форм умственной отсталости выделяют: олигофрению и деменцию.

Типичной моделью психического недоразвития является олигофрения. Олигофрения, в переводе на русский язык означает «малоумие», но она не является названием какой-либо определенной болезни. Олигофрения – это клинически разнородная группа. Это название состояние, возникающего после различных видов поражения центральной нервной системы ребенка в период до развития его речи, т.е. примерно до года-двух лет жизни.

Общие признаки характерные для олигофрении:

- ранний срок поражения ЦНС и последующее прекращение заболевания;
- психическое развитие ребенка происходит на неполноценной, дефектной основе, но длительного течения заболевания нервной системы у ребенка нет и он практически здоров;

- особенности психического развития детей-олигофренов в значительной мере сходны, так как их мозг оказывается пораженным до начала развития речи;

- при олигофрении всегда обнаруживается и трудность обобщения, и незрелость эмоционально-волевой сферы, запоздалое плохое развитие речи, и слабость ее регулирующей функции;

- дефицит любознательности, потребности в новых впечатлениях, познавательных интересов, слабость ориентировочной деятельности;

- замедленная затрудненная восприимчивость к новому, плохая обучаемость.

По этиологии олигофрению можно разделить на две основные группы — эндогенную (генетическую) и экзогенную.

В настоящее время описано более 200 видов хромосомных aberrаций, обуславливающих олигофрению. Как известно, наиболее часто из них встречается трисомия в 21-й паре аутосом (болезнь Дауна), частота которой составляет 1:700 новорожденных. Среди аномалий половых хромосом (синдромы Шерешевского — Тернера, Клайнфельтера и др.) слабоумие чаще всего наблюдается при синдроме Клайнфельтера (в 50 % случаев). Большая роль в возникновении генетических форм олигофрении принадлежит врожденным нарушениям обмена аминокислот, металлов, солей, жиров и углеводов вследствие врожденной неполноценности ферментных структур. Эти так называемые энзимопатические формы олигофрении обуславливают около 10 % умственной отсталости наследственного происхождения.

Возникновение экзогенных форм олигофрении связано с поражением мозга инфекциями, травмами и асфиксией. Олигофрения, обусловленная поражением мозга в раннем детстве, связана с заболеванием менингитом, менингоэнцефалитом, возникшим как в результате нейроинфекции, так и тяжелых форм общесоматических инфекций: дизентерии, кори, скарлатины и т.д. Определенное место принадлежит черепно-мозговым травмам, реже — опухолям.

Под сложностью этиологии подразумевается сочетание нескольких вредностей, в котором трудно вычленить основной, определяющий фактор. Поэтому, иногда, в медицинских заключениях значится: «олигофрения невыясненной этиологии», либо «олигофрения сложной этиологии». По данным Сухаревой Г.Е., следует различать три группы патогенных факторов, обуславливающих возникновение олигофрении:

- неполноценность генеративных клеток родителей (в том числе наследственные заболевания и патология эмбриогенеза (например: болезнь Дауна);
- вредные воздействия на плод в период внутриутробного развития, родовая травма;
- постнатальные поражения нервной системы ребенка (инфекции, травмы, ожоги) до трех лет.

Основными клиническими признаками олигофрении являются:

- преобладание тотальной интеллектуальной недостаточности со

своеобразной иерархией интеллектуального дефекта, т.е. при недоразвитии всех нервно-психических функций, имеет место преимущественно стойкая недостаточность абстрактных форм мышления;

- интеллектуальный дефект, который сочетается с нарушениями моторики, речи, восприятия, памяти, внимания, эмоциональной сферы, произвольных форм поведения. Во всех этих сферах имеет место типичная для олигофрении - иерархия дефектов, т.е. более поздно формирующиеся компоненты произвольности и регуляции всех этих функций остается недостаточно сформированным;

- недоразвитие познавательной деятельности при олигофрении проявляется прежде всего, в недостаточности логического мышления, нарушении подвижности психических процессов, инертности обобщения, сравнения предметов и явлений окружающей действительности по существенным признакам, вне возможности понимания переносного смысла;

- замедленный темп мышления и инертности психических процессов, который определяет отсутствие возможности переноса усвоенного в процессе обучения способа действия в новые условия;

- недоразвитие мышления сказывается на протекании всех психических процессов: внимания, восприятия, памяти. Страдают, прежде всего, все функции отвлечения и обобщения, нарушены компоненты активности связанные с аналитико-синтетической деятельностью мозга. В эмоционально-волевой сфере это проявляется в недоразвитии сложных эмоций и произвольных форм поведения.

Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры, в первую очередь — лобных и теменных отделов. Психическое развитие в условиях патологической инертности обладает рядом особенностей:

Во-первых, не происходит своевременная инволюция более ранних форм психического реагирования. Сами новообразования характеризуются неустойчивостью, наблюдаются выраженные регрессивные тенденции при возникновении трудностей возвращения к более ранним формам активности.

Во-вторых, явления патологической инертности задерживают формирование сложных психологических образований, построенных по иерархическому принципу. В психической организации олигофрена доминируют жестко организованные системы связей, обладающие малой пластичностью и тенденцией к усложнению.

Интеллектуальный дефект отличается стойкостью и при тяжелых формах диагностируется уже на первом году жизни.

При олигофрении выделяют три степени умственного недоразвития: дебильность, имбецильность, идиотия (Эскироль).

Идиотия— наиболее тяжелая степень умственной отсталости. Эти дети не овладевают речью, не понимают речь других. Они не могут овладеть навыками самообслуживания, имеют тяжелые нарушения моторики, часто не способны самостоятельно передвигаться. В практике работы с такими детьми были достигнуты некоторые успехи в воспитании у них ориентировочных

реакций на звук, на яркий свет и цвет, на движущиеся объекты и другие раздражители. Мышление, по существу, отсутствует. Собственная речь представлена нечленораздельными звуками либо набором нескольких слов, употребляемых для согласования. В обращенной речи воспринимается не смысл, а интонация. Элементарные эмоции связаны с физиологическими потребностями (насыщением пищей, ощущением тепла и т.д.). Формы выражения эмоций примитивны: они проявляются в крике, гримасничанье, двигательном возбуждении, агрессии и т.д. Все новое часто вызывает страх. Однако при легких степенях идиотии обнаруживаются определенные зачатки симпатических чувств. При идиотии отсутствуют навыки самообслуживания, поведение ограничивается импульсивными реакциями на внешний раздражитель либо подчинено реализации инстинктивных потребностей. Они нуждаются в постоянном надзоре, поэтому направляются в детские учреждения— дома-интернаты Министерства социальной защиты. Продолжительность жизни в среднем до 20 лет. Идиоты (IQ) — 20 и ниже.

Имбецильность — глубокая умственная отсталость. Дети, страдающие имбецильностью, малоспособны к самостоятельной целенаправленной деятельности в силу имеющихся нарушений в познавательных процессах и в эмоционально-волевой сфере. Имбецильность характеризуется меньшей выраженностью степени слабоумия. Имеются ограниченная способность к накоплению некоторого запаса сведений, возможность выделения простейших признаков предметов и ситуаций. Нередко доступны понимание и произнесение элементарных фраз, есть простейшие

навыки самообслуживания. В эмоциональной сфере помимо симпатических эмоций обнаруживаются зачатки самооценки, переживание обиды, насмешек. При имбецильности возможно обучение элементам чтения, письма, простого порядкового счета, в более легких случаях — овладение элементарными навыками физического труда. При длительном обучении эти дети могут получить навыки письма и чтения, но это не становится источником развития их личности. При специальном обучении они овладевают несложными умениями самообслуживания в быту, простейшими навыками ручного труда и при постоянной помощи и организации их деятельности могут работать в учебно-трудовых мастерских для инвалидов. Продолжительность жизни в среднем 40 лет. Имбецилы (IQ)— 35—50;

Дебильность – наиболее легкая степень умственной отсталости, которая может быть в значительной мере скорректирована в системе учебно-воспитательной работы в специальной школе. Дети, страдающие дебильностью, имеют недоразвитие всех высших психических функций, могут иметь дефекты в физическом развитии. Они владеют речью, двигательные нарушения у них настолько компенсируются, что не мешают в дальнейшем включаться в трудовую деятельность. Дебильность — наиболее легкая по степени и наиболее распространенная форма олигофрении. Мышление имеет наглядно-образный характер, доступны определенная оценка конкретной ситуации, ориентация в простых практических вопросах. Имеется фразовая речь, иногда неплохая механическая память. Дети, страдающие олигофренией в степени дебильности, обучаемы по адаптированным к их интеллектуальным возможностям

программам специальных вспомогательных школ. В пределах этой программы они овладевают навыками чтения, письма, счета, рядом знаний об окружающем, получают усиленную профессиональную ориентацию. Особенность этих детей — недоразвитие мышления, тем не менее они способны овладеть навыками письма, чтения и счета в объеме программы специальной школы. Продолжительность жизни в среднем 50 лет. Дебилы (IQ) — 50—70.

Согласно МКБ-10 умственная отсталость представлена в следующих формах:

/F70/ Умственная отсталость легкой степени

Люди с легкой умственной отсталостью приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них приобретают способности использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе. Большинство из них достигают также полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря) и в практических и домашних навыках, даже если развитие происходит значительно медленнее, чем в норме. Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости и у многих особыми проблемами являются чтение и письмо. Тем не менее, при легкой умственной отсталости значительную помощь может принести образование, предназначенное для развития их навыков и проявления компенсаторных возможностей. В большинстве благоприятных случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее способностей не столько к абстрактному

мышлению, сколько к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд. В социокультуральных условиях, не требующих продуктивности в отвлеченно-теоретической сфере, некоторая степень легкой умственной отсталости сама по себе может и не представлять проблемы. Тем не менее, если наряду с этим отмечается заметная эмоциональная и социальная незрелость, то проявятся и последствия ограничения социальной роли, например, неспособность справляться с требованиями, связанными с брачной жизнью или воспитанием детей или затруднения в адаптации к культуральным традициям и нормам.

В целом, у лиц с легкой степенью умственной отсталости поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминают проблемы у людей с нормальным уровнем интеллектуальности, нежели специфические проблемы у лиц с умеренной и тяжелой степенями умственной отсталости. У все большей части больных, хотя еще и не у большинства, выявляется органическая этиология умственной отсталости.

Диагностические указания:

При использовании надлежащих стандартизованных тестов по определению коэффициента умственного развития на легкую умственную отсталость указывают показатели в диапазоне 50-69. Имеется тенденция к задержке понимания и речи в разной степени, причем препятствующие развитию независимости нарушения экспрессивной речи могут сохраняться и в зрелом возрасте. Органическая этиология выявляется у меньшинства

пациентов. С разной частотой встречаются сопутствующие состояния, такие как аутизм, другие расстройства развития, эпилепсия, расстройства поведения и физическая инвалидность. При наличии этих расстройств они должны кодироваться независимо от умственной отсталости.

Включаются:

- малоумие;
- легкая олигофрения;
- дебилность.

/F71/ Умственная отсталость умеренная

У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые пациенты нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Образовательные программы могут дать им возможности для развития своего ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков; такие программы соответствуют замедленному характеру обучения с небольшим объемом усваиваемого материала. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее, такие люди в общем полностью мобильны и физически активны и большинство из них обнаруживают признаки

социального развития, что заключается в способности к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях.

Диагностические указания:

Коэффициент умственного развития обычно находится в диапазоне от 35 до 49. Для этой группы характерны расхождения в профилях тестирования способностей, когда у некоторых лиц достигаются высокие уровни по тестам на оценку зрительно-пространственных навыков по сравнению с результатами заданий, зависящих от развития речи, а в других случаях значительная неуклюжесть сочетается с радостью от социального взаимодействия и простой беседы. Уровни развития речи варьируют: одни пациенты могут принимать участие в простых беседах, а другие обладают речевым запасом, достаточным лишь для сообщения о своих основных потребностях. Некоторые пациенты никогда не овладевают использованием речи, хотя и могут понимать простые инструкции и обучаться мануальным знакам, позволяющим в некоторой степени компенсировать недостаточность их речи. У большинства больных с умеренной умственной отсталостью может быть выявлена органическая этиология. В явном меньшинстве случаев имеют место детский аутизм и другие общие расстройства развития, оказывающие большое влияние на клиническую картину и необходимые реабилитационные мероприятия. Часты эпилепсия, а также неврологические и соматические нарушения, хотя большинство пациентов с умеренной умственной отсталостью способны ходить без посторонней помощи. Иногда возможно установить другие психиатрические

диагнозы, но ограниченность речевого развития делает диагностику затруднительной и зависимой от информации, получаемой от тех, кто знаком с пациентом. Любое из подобных сопутствующих расстройств должно регистрироваться под самостоятельным кодом.

Включаются:

- резко выраженная имбецильность;
- умеренная олигофрения.

/F72/ Умственная отсталость тяжелая

По клинической картине, наличию органической этиологии и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с категорией умеренной умственной отсталости. Нижние уровни функционирования, отмеченные в F71.-, наиболее характерны и для этой группы пациентов. У большинства больных здесь наблюдается выраженная степень моторного нарушения или другие сопутствующие дефекты, указывающие на наличие клинически значимого повреждения или аномального развития центральной нервной системы.

Диагностические указания:

Коэффициент умственного развития обычно находится в пределах от 20 до 34.

Включаются:

- резко выраженная имбецильность;
- тяжелая олигофрения.

/F73/ Умственная отсталость глубокая

У больных коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что

они весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Диагностические указания:

Коэффициент умственного развития ниже 20. Понимание и использование речи ограничивается в лучшем случае выполнением основных команд и выражением элементарных просьб. Могут приобретаться наиболее базисные и простые зрительно-пространственные навыки и при адекватном надзоре и руководстве больные могут принимать участие в домашних и практических делах. В большинстве случаев устанавливается органическая этиология. Часты оказывающие влияние на подвижность тяжелые неврологические и другие соматические нарушения, такие как эпилепсия, а также расстройства зрения и слуха. Особенно часты общие расстройства развития в наиболее тяжелых формах, в частности атипичный аутизм. Эти расстройства более характерны для неподвижных больных.

Включаются:

- идиотия;
- глубокая олигофрения.

Клинико-патогенетическая классификация Г. Е. Сухаревой выделяет следующие формы олигофрении: неосложненные, осложненные и атипичные.

о При легких степенях неосложненной олигофрении деятельность ребенка зависит от его интеллектуальных возможностей и в пределах этих возможностей грубо не нарушена. Эти дети старательны, усидчивы, доброжелательны.

о При осложненной форме олигофрении, психическое недоразвитие осложнено болезненными (так называемыми энцефалопатическими) симптомами повреждения нервной системы: церебрastenическим, неврозоподобным, психопатоподобным, эпилептиформными, апатико-динамическими. Осложненные формы чаще имеют натальную (родовые травма и асфиксия) и постнатальную (инфекции первых 2—3 лет жизни) этиологию. В этих случаях более позднее время поражения мозга является причиной не только недоразвития, но и повреждения систем, находящихся в состоянии определенной зрелости. Это проявляется в энцефалопатических расстройствах, отрицательно влияющих на интеллектуальное развитие.

о Атипичные формы олигофрении, отличаются тем, что при них эти основные закономерности могут частично нарушаться. Так, например, при олигофрении, обусловленной гидроцефалией, частично нарушается фактор тотальности поражения, так как в этом случае отмечается хорошая механическая память. При других формах олигофрении, например так называемой лобной, а также олигофрении, обусловленной недоразвитием щитовидной железы, частично нарушается закон иерархичности недоразвития: в первом случае имеется грубое нарушение целенаправленности, а во втором — резкая слабость побуждений, по степени своей выраженности как бы

перекрывающие тяжесть недоразвития логического мышления. Атипичность структуры интеллектуального дефекта может быть связана и с грубым западением какой-либо из отдельных корковых функций (памяти, пространственного гнозиса, речи и т.д.), связанным с компонентом локального повреждения. Так, при олигофрении, обусловленной ранним травматическим поражением мозга, нарушения памяти будут выражены значительно больше, чем недостаточность других высших психических функций. При лобной же олигофрении на первый план выступает нарушение целенаправленности, превалирующей по своей массивности над недостаточностью процессов отвлечения и обобщения.

Классификация детей с общим психическим недоразвитием (олигофренов) М.С. Певзнер на домашнее рассмотрение.

При негрубых формах олигофрении для первого года жизни характерно запаздывание формирования перцептивных функций: реакций на цвет, звук, игрушку, «комплекса оживления» на лицо матери, других близких. Задержка развития моторики выступает в замедлении статических и локомоторных навыков (удерживание головы, хватание предметов, сидение, стояние, ходьба). В возрасте 2—3 лет наиболее очевидно выраженное запаздывание развития навыков самообслуживания; отчетливо проявляется недоразвитие речи.

В дошкольном возрасте уже четко выступает недостаточность интеллектуальной деятельности в целом: отсутствие любознательности, пытливости, слабость познавательной активности. При подготовке к школе обнаруживаются выраженные затруднения в освоении начальных элементов

чтения и счета.

Таким образом, отличие олигофрена от нормы заключается в узости используемой им информационной базы.

Динамика нарушений психического развития в дошкольном возрасте у детей, страдающих олигофренией, особенно ярко выступает при изучении формирования их игровой деятельности. Игра долго задерживается на стадии простого манипулирования, элементарных подражательных стереотипов. И в ней отчетливо видно отсутствие инициативы, творчества. Недопонимание условий ролевой игры, затрудняя общение со сверстниками, усугубляет дефицит интеллектуального развития.

В восприятии прежде всего страдает наиболее сложный уровень, связанный с анализом и синтезом воспринимаемого. Отмечаются трудности в выделении ведущих признаков и свойств воспринимаемых предметов. Затруднение возникает тогда, когда действие начинает афферентироваться не отдельными чувственными свойствами, а совокупностью качественных особенностей предмета, его топологией, такими свойствами, как замкнутость — разомкнутость фигур, их отношения в пространстве: «над», «под», «внутри» и т.д.

Нарушение смысловой стороны процесса можно обнаружить также при исследовании памяти детей-олигофренов. Непосредственное запоминание у этих детей, как правило, лучше, чем опосредованное. Однако уже в непосредственном запоминании (10 слов) наблюдаются определенные отличия от нормы. Здоровый ребенок при запоминании стремится создать отдельные,

близкие по смыслу, группы слов. Ребенок-олигофрен этого не делает. Еще одна особенность: здоровый ребенок, исходя из полученных результатов, способен прогнозировать следующие свои достижения («теперь запомню восемь слов»). Дети-олигофрены либо завышают, либо занижают будущие свои результаты. Их оценки зависят от аффективного состояния.

При опосредованном запоминании (методика А.Н.Леонтьева) также наблюдаются существенные отличия от нормы. Здоровый ребенок быстро устанавливает смысловые связи между заданным словом и картинкой (молоко — корова и т.д.) и правильно использует эти связи при вспоминании нужного слова. У олигофренов перестройка процесса запоминания, включение в него интеллектуальной операции сопровождаются снижением результатов по сравнению с непосредственным запоминанием. Больные дети часто вместо заданного слова называют изображенный на карточке предмет. Рассогласование результатов между непосредственным и опосредованным запоминанием — характерный симптом при умственной отсталости.

Трудности обобщения наблюдаются также в опытах на классификацию предметов. Дети, страдающие олигофренией, создают множество мелких групп и не способны их объединить на основе понятийных признаков. В то же время при выраженном отставании вербально-логического мышления практическое мышление у этих детей более сохранно. Так, в той же классификации ребенок организует группу, в которую включает стол, бутылку, раков и стакан, объясняя: «Можно поставить бутылку пива на стол, выпить и закусить».

Относительная сохранность практического мышления является важным

фактором адаптации олигофрена к окружающему. Можно привести множество примеров, когда поведение такого ребенка в практической деятельности расценивается как достаточно практичное, целесообразное.

При олигофрении в большей степени недоразвиваются те эмоции, которые тесно связаны с интеллектуальным развитием. Что касается базальных эмоций, то они менее зависимы от состояния интеллекта. С таким выводом мы встречаемся в дефектологических и клинических работах. Известно, что уже к 1,5 годам весь набор базальных эмоций активно используется здоровым ребенком (страх, радость, гнев, обида, ревность и т.д.). В это же время интеллектуальное развитие находится еще только на стадии сенсомоторного интеллекта. Поэтому в этом возрастном периоде взаимовлияние обоих процессов друг на друга менее значимо, чем в последующие годы. Эта особенность базальных эмоций сохраняется и при умственной отсталости. Известным психиатром С. С. Корсаковым был описан случай идиотии (у больной отсутствовали речь, элементарные навыки самообслуживания и т.д.), однако, несмотря на глубокую интеллектуальную недостаточность, похвала и порицание не только понимались больной, но и вызывали у нее адекватную реакцию.

Сохранность базальных эмоций открывает ряд возможностей в коррекции психического развития детей-олигофренов. Исследования также показывают, что олигофрены, так же как и здоровые дети, лучше запоминают аффективно насыщенный материал. При воспроизведении рассказов они лучше запоминали отдельные сюжетные линии, более полным было построение фразы. При этом

качество выполнения задания зависело не только от уровня интеллектуального развития олигофрена, но, что оказалось довольно неожиданным, от устойчивости его аффективной сферы.

Так, для психологических параметров недоразвития при олигофрении типична тотальность поражения с вовлечением как частных функций, так и общих регуляторных систем. При этом раннее время поражения приводит к более выраженному недоразвитию функций, имеющих наиболее длительный временной период созревания, что определяет иерархию, в которой особая тяжесть недоразвития падает как на регуляторные системы, так и на высший уровень организации любой психической функции. Первичный дефект связан с тотальностью недоразвития мозга, и особенно филогенетически наиболее молодых ассоциативных зон. Вторичный дефект, непосредственно связанный с первичным, как указывалось, имеет кольцевой характер, вызванный двумя координатами недоразвития: «сверху вниз» и «снизу вверх». В формировании вторичного дефекта большая роль принадлежит культуральной депривации: низкие интеллектуальные возможности ребенка, страдающего олигофренией, не только исходно затрудняют усвоение информации, но и создают для него ситуацию изоляции в среде сверстников, выпадение из сферы полноценного общения, вызывают невротические наслоения, еще более тормозящие контакты с окружающими. Таким образом, вторичный дефект имеет сложную, многоступенчатую структуру, начиная от механизмов, более близких к биологическим, и кончая параметрами, связанными с социальной депривацией.

Для правильного суждения о наличии всех обязательных признаков,

характеризующих умственную отсталость, необходимо заключение по крайней мере двух специалистов: врача-психоневролога, патопсихолога или педагога-дефектолога. Первый дает заключение о состоянии центральной нервной системы ребенка, второй – заключение об особенностях познавательной деятельности деятельности.

#### 4.2. Органическая деменция.

Характерной моделью поврежденного психического развития является органическая деменция.

Этиология органической деменции связана с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга.

В отличие от олигофрении, которая также нередко имеет аналогичное происхождение, деменция возникает, либо начинает грубо прогрессировать в возрасте после 2-3 лет. Этим хронологическим фактором в значительной мере определяется отличие патогенеза и клинико - психологической структуры деменции от олигофрении. К 2-3-летнему возрасту значительная часть мозговых структур относительно сформирована, поэтому воздействие вредности вызывает их повреждение, а не только недоразвитие. Большое значение в формировании психопатологической картины при деменции имеет возрастной фактор, т.е. на каком уровне возрастного развития возникло заболевание мозга с прогрессирующим течением (дошкольном, подростковом,

зрелом и старческом.) Задержка же психического развития церебрально-органического генеза от органической деменции отличается значительно меньшей массивностью поражения нервной системы.

Систематика органической деменции, особенно в детском возрасте, представляет значительные трудности ввиду множественности патогенетических факторов, обуславливающих сложное сочетание явлений повреждения и недоразвития в ее клинико-психологической структуре, разной экстенсивности поражения, вариабельности его локализации. Исходя из критерия динамики болезненного процесса, различают так называемую резидуальную органическую деменцию, при которой слабоумие представляет собой остаточные явления поражения мозга травмой, инфекцией, интоксикацией; и прогрессирующую деменцию, обусловленную так называемыми текущими органическими процессами (хронически протекающими менингитами и энцефалитами, опухолевыми, наследственными дегенеративными и обменными заболеваниями, прогрессирующим склерозом мозга и т.д.). Виды органической деменции классифицируются и по этиологическому критерию (эпилептическая, постэнцефалитическая, травматическая, склеротическая и др.).

Фактор динамики болезненного процесса имеет решающее значение для возможности психического развития. Поэтому тяжелая прогрессирующая деменция, возникшая в детском возрасте, по существу, не может быть отнесена к аномалии развития, так как в этих случаях речь идет о нарастающем распаде психических функций, обусловленном не аномальным развитием, а грубо

прогрессирующим болезненным процессом. Об аномальном же развитии, связанном с деменцией, можно говорить применительно именно к деменции резидуальной, при которой, несмотря на наличие выраженных явлений повреждения, приостановка болезненного процесса дает определенные возможности для развития, хотя и грубо нарушенного.

В патогенезе и формировании клинико-психологических проявлений органической деменции помимо этиологии имеет значение и ряд других факторов. К ним относятся прежде всего степень распространенности и преимущественная локализация болезненного процесса. Возраст начала заболевания и длительность периода, прошедшего после его окончания, также имеют большое значение для типа сочетания повреждения, недоразвития и компенсаторных возможностей нервной системы. Не безразличны и индивидуальные преморбидные особенности ребенка. Бесспорная роль принадлежит своевременному началу восстановительной работы.

Особенности патогенеза резидуальной органической деменции обуславливают специфику ее клинико - психологической структуры. Наоборот, на первый план выступает парциальность расстройств. В одних случаях это грубые локальные корковые и подкорковые нарушения (гностические расстройства, нарушения пространственного синтеза, движений, речи и т.д.), недостаточность которых иногда более выражена, чем неспособность к отвлечению и обобщению. Так, нарушения памяти, в особенности механической, более характерны для деменции, обусловленной черепно-мозговой травмой, перенесенной ребенком в возрасте после 2-3 лет. Эта

специфика дефекта связана с тем, что при контузии мозга из-за удара ликворной волны о стенки третьего желудочка повреждаются близко расположенные лимбические образования, играющие большую роль в организации процессов памяти. Но чаще обнаруживается сочетанная корково-подкорковая дефицитарность. Повреждение подкорковых областей приводит и к тому, что при органической деменции, как правило, сильнее, чем при олигофрении, страдают нейродинамические процессы, вследствие чего более выражена инертность мышления, тяжелеет истощаемость, наблюдаются персевераторные явления. Наличие грубых нейродинамических расстройств резко дезорганизует психическую деятельность.

Большое значение в структуре дефекта при органической деменции имеют нарушения целенаправленности мышления, которые при прочих равных условиях также выражены более грубо, чем при олигофрении. Весьма характерны нарушение критичности, отсутствие понимания и переживания своей несостоятельности, равнодушие к оценке, отсутствие планов на будущее даже у детей старшего возраста.

Таким образом, структура психического дефекта при органической деменции представляет значительную сложность и отличается большим полиморфизмом, чем при олигофрении. Это касается как интеллектуальных нарушений, так и эмоциональноволевой сферы и личности в целом.

Г. Е. Сухарева (1965), исходя из специфики клинико-психологической структуры, выделяет четыре типа органической деменции у детей.

□ Первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня

обобщения.

□ При втором типе на передний план выступают грубые нейродинамические расстройства, резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость, неспособность к напряжению. Отмечаются нарушение логического строя мышления, выраженная склонность к персеверациям.

□ При третьем типе органической деменции более всего выступает недостаточность побуждений к деятельности с вялостью, апатией, резким снижением активности мышления. В психическом статусе доминируют вялость, медлительность, пассивность, нередко отсутствуют навыки опрятности. При общей двигательной заторможенности отмечается склонность к образованию элементарных двигательных стереотипов. Слабость побуждений, эмоциональная бедность проявляются в скудности мимики, моторики, интонаций. Нарушения в интеллектуальной и личностной сфере выступают в равнодушии к оценке, отсутствии привязанностей, планов на будущее, интеллектуальных интересов. Наблюдается резкое снижение активности мышления. При нейропсихологическом исследовании стойкие дефекты в моторной сфере проявляются в медлительности, инертности, склонности к застреванию, трудностям переключения, персеверациям и синкинезиям. Персеверации возникают на уровне как исполнительного звена, так и программы действия. Даже с несложными заданиями на конструктивный праксис эти дети обычно не справляются. Мнестические расстройства сходны с нарушениями памяти у детей предыдущей подгруппы, однако отмечается

еще более выраженная замедленность в воспроизведении. В речи сочетаются моторные и сенсорные нарушения, затруднения в дифференциации близких по звучанию фонем, трудности переключения, персеверации. И эти дети не замечают своих ошибок, которые не компенсируются даже помощью взрослого.

□ При четвертом типе - в центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления с грубыми расстройствами внимания, резкой отвлекаемостью, «полевым поведением». Наиболее частыми типами являются два последних. Поведение детей можно характеризовать как полевое. Они отличаются хаотической двигательной расторможенностью, бестормозностью, действиями по первому побуждению. Общий фон настроения характеризуется выраженной эйфорией со склонностью к дурашливости и в то же время кратковременными агрессивными вспышками. Эмоции крайне примитивны и поверхностны. Реакции на замечания отсутствуют. Отмечается грубая некритичность. Нередко выступает расторможенность влечений (повышенная сексуальность, прожорливость). Из-за отсутствия волевых задержек, недостаточного понимания ситуаций, большой эмоциональной заражаемости в условиях конфликта эти дети часто не принимаются в коллективе сверстников. Обучению в условиях вспомогательной школы помимо особенностей поведения препятствуют и грубые нарушения внимания, нецеленаправленность в любой деятельности, персеверации по гипердинамическому типу. При исследовании памяти обнаруживается также непродуктивность запоминания,

фрагментарность воспроизведения. При всех пробах отчетливо выступают нарушения интеллектуальной деятельности. При исследовании конструктивного мышления (кубики Кооса) дети затрудняются в анализе пространственной структуры узора даже и в тех случаях, когда не имеют первичных нарушений пространственного гнозиса. При передаче сюжета простой картинки обнаруживаются грубая фрагментарность и соскальзывание на побочные ассоциации. При выполнении всех заданий дети, как правило, не замечают своих ошибок и быстро теряют интерес к заданию. Включение речи, предметная и смысловая организация действия, а также похвала либо порицание неэффективны.

Клинико-психологическая картина резидуальной органической деменции будет различной в зависимости от того, в каком возрасте возникло заболевание мозга.

По данным исследований Г. Е. Сухаревой (1965), при заболевании в преддошкольном и раннем дошкольном возрасте на первый план выступает утрата или обеднение навыков. Нарушения побуждений к деятельности в одних случаях проявляются в апатии и адинамии, в других - в нецеленаправленной двигательной расторможенности. Раннее начало заболевания (в 2 - 3 года) имеет отрицательное значение еще и потому, что влечет, как указывалось, более выраженную опасность недоразвития онтогенетически наиболее молодых мозговых структур. В этих случаях не умение устанавливать объективные связи явлений, низкий уровень суждений нередко выходят на первый план и особенно затрудняют дифференциальную диагностику с олигофренией.

При начале заболевания в старшем дошкольном возрасте наиболее демонстративно разрушение либо обеднение игровой деятельности - ее стереотипность, однообразие. Приобретенные навыки страдают меньше, но все же имеется их определенный регресс.

При заболевании в младшем школьном возрасте, как правило, сохраняются речь (при отсутствии локальных нарушений), навыки самообслуживания и даже элементарные учебные навыки. Запас знаний и представлений может быть значительно больше, чем при олигофрении. Но резко снижаются интеллектуальная работоспособность и учебная деятельность в целом: теряются школьные интересы, нарушается целенаправленность.

#### 4.3. Вопросы для самоконтроля

- 1) Что такое олигофрения?
- 2) Чем отличается олигофрения от задержки психического развития?
- 3) Какие характеристики имеет идиотия?
- 4) Чем характеризуется имбецильность?
- 5) Что собой представляет дебильность?
- 6) Какие отличия имеют олигофрения и деменция?

#### 4.4. Задания для практики.

Необходимо решить задания теста:

1. Умственно отсталым лицам, у которых поражение мозга возникло внутриутробно, во время родов или до трех лет, ставится диагноз ... .

- а) олигофрения;
- б) деменция;
- в) дислалия;
- г) заикание.

2. Болезнь Дауна относится к группе олигофрении, обусловленной ... .

- а) постнатальными вредностями;
- б) эндогенными нарушениями;
- в) внутриутробными заболеваниями;
- г) экзогенными процессами.

3. Основной отличительной патогенной характеристикой детей с задержкой психического развития является ... .

- а) аутизм;
- б) инфантилизм;
- в) критицизм;
- г) романтизм.

4. Клиническая форма олигофрении, при которой в клетках организма имеется лишняя 47 хромосома, называется болезнью ... .

- а) Дауна;
- б) Паркинсона;
- в) Боткина;
- г) Альцгеймера.

5. Идиотия является тяжелой степенью ... .

- а) глухоты;

б) патологии характера;

в) умственной отсталости;

г) слепоты.

6. Типичной моделью психического недоразвития выступает ... .

а) умственная отсталость;

б) синдром раннего детского аутизма;

в) задержка психического развития;

г) психопатия.

а) сложных;

б) физических;

в) психических;

г) социальных.

7. Международная классификация умственной отсталости включает ... .

а) осложненную и неосложненную формы олигофрении;

б) дебильность, имбецильность и идиотию;

в) олигофрению и деменцию;

г) легкую, умеренную, тяжелую, глубокую степень.

8. Стойкие, необратимые нарушения познавательной сферы вследствие органического поражения коры головного мозга, называются ... .

а) дислалией;

б) дальтонизмом;

в) умственной отсталостью;

г) задержкой психического развития.

#### 4.5. Глоссарий по теме 4

Гидроцефалия (от греч. *kydor* — вода, *kerhale* — голова) — заболевание мозга, проявляющееся в накоплении ликвора в черепной полости вследствие нарушения баланса его секреции и всасывания. Гидроцефалия возникает в результате патологии родов, а также при менингите и менингоэнцефалите.

Характерные особенности детей, страдающих гидроцефалией, — сниженная умственная работоспособность, частые вспышки эйфории либо гнева, склонность к резонерству.

Олигофрения — врожденная или приобретенная до 3 лет форма умственной отсталости.

Умственная отсталость — стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной сферы, возникающее вследствие органического поражения коры головного мозга, имеющее диффузный характер.

Органическая деменция — умственная отсталость, которая возникает, либо начинает грубо прогрессировать в возрасте после 2-3 лет.

#### 4.6. И использованные информационные ресурсы

1. Кузнецова Л.В., Перслени Л.И., Солнцева Л.И. и др. Основы специальной психологии/Под ред. Л.В.Кузнецовой. — М.: Издательский центр «Академия», 2009.

2. Лубовский В.И., Розанова Т.В., Солнцева Л.И. и др. Специальная

психология: учебное пособие / Под ред. В.И.Лубовского.6-ое изд., испр. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2005.

3.Мозговой В. М., Яковлева И. М., Еремина А.А. Основы олигофренопедагогики: Учебное пособие /В. М. Мозговой. - М.: Издательский центр «Академия», 2010.

4. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (олигофренопедагогика): учеб. пособие для студентов вузов / Б. П. Пузанов, Н. А. Коняева, Б. Б. Горский и др./ под ред. Б. П. Пузанова. - 3-е изд., стер. - М.: Academia , 2008. - 268, [1] с.

## **Лекция 5.**

### **Психологические особенности детей с дефицитным развитием**

Аннотация. В данной теме раскрывается понятие дефицитного развития.

Охарактеризованы такие варианты дефицитного развития как нарушения речи, нарушения слуха, зрения и опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова. Детский церебральный паралич, глухота, тугоухость, слабослышащие дети, слепота, слабовидящие дети, нарушение речи.

Методические рекомендации по изучению темы. Вначале необходимо изучить теоретическую часть с определением основных понятий. После этого следует ответить на теоретические вопросы и решить практические задания, приведенные в конце темы. Для контроля усвоения материала необходимо пройти тестирование по данной теме. Вопросы, возникшие при

изучении данной темы, можно обсудить в разделе Обсуждений.

### 5.1. Речевые нарушения

Дефицитарное психическое развитие – развитие в условиях отсутствия или недостаточности функций зрения, слуха, речи, двигательной сферы, а также при комплексных нарушениях. Нарушения в деятельности отдельных анализаторов могут в разной степени затрагивать те или иные компоненты психики в целом. Знание психологических особенностей личности детей с нарушениями развития важно, поскольку в большинстве случаев решающее значение приобретает не столько вид и степень дефекта, как то, у кого возник дефект, то есть, какова личность этого человека.

Развитию личности детей с различными дефектами речи посвящен ряд работ Л. С. Выготского, Т.А. Власовой, В.И. Селиверстова, Р.Е. Левиной и др. Согласно их исследованиям дефекты развития речи – это общее понятие, включающее практически все отклонения в речевом развитии. Нарушения речи могут в разной степени затрагивать те или иные компоненты речи и психики в целом.

Психолого-педагогическая классификация речевых расстройств предполагает выделение двух групп нарушений:

- нарушения средств общения и
- нарушения в применении средств общения.

К первой группе относятся фонетико-фонематическое и общее

недоразвитие речи, ко второй – заикание. С клинико-психологической точки зрения выделяются 11 форм речевой патологии: 9 – устной речи (в том числе дизартрия, дислалия, ринолалия, алалия) и 2 письменной (дисграфия и дислексия).

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

Проблеме становления личности детей с дефектами речи уделяли внимание многие психологи и логопеды. Общая черта личности детей с нарушениями речи, по их мнению, заключается в том, что речевой дефект создает измененное положение у всех детей независимо от вида и степени дефекта: они более «другие» и именно эта «разница» в определенной мере определяет их дальнейший жизненный путь. Отклонения в развитии вызывают, прежде всего, нарушения в области коммуникации, речевого общения.

Как известно, под речевым общением понимается такая активность взаимодействующих людей, в ходе которой они с помощью языковых средств организуют совместную деятельность. Языковые и коммуникативные способности, в свою очередь, рассматриваются как высшие психические функции, которые находят свое выражение в языковой и коммуникативной компетентности. При низком уровне языковой способности ребенка с общим недоразвитием речи наблюдается недостаточность коммуникативной

способности, что, в свою очередь, усложняет процесс учебной коммуникации, речевого взаимодействия в процессе совместной игровой, учебной, трудовой деятельности.

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

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

Поведение таких детей отличается нерешительностью, конформностью, крайней неуверенностью в своих силах. Часто можно встретиться с некритичным оцениванием как собственной деятельности, так и действий других. Они легко поддаются под чужое влияние. Искаженное восприятие самого себя и окружающего мира, ошибочная оценка своих способностей и личностных свойств ведут к нарушению взаимодействия с окружающей средой

и снижению эффективности деятельности, что препятствует оптимальному развитию личности. Дети с дефектами речи всегда в какой-то форме чувствуют свое невыгодное положение, вытекающее из дефекта, что, в свою очередь, может проявиться в чувстве неполноценности.

Отношение общества к таким детям и, главным образом, отношение ближайшего окружения имеют существенное значение. Дефект накладывает отпечаток на взаимодействие ребенка с нарушенным развитием и его социального окружения. Одним из наиболее частых проявлений нарушенных отношений со средой являются реакции дезадаптации.

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

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

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

Общей чертой реакций дезадаптации является утрата или снижение

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

Психологические трудности дезадаптирующего характера, испытываемые детьми с нарушением развития речи, чаще всего имеют вторичную обусловленность, формируясь как следствие неверной интерпретации учителем, родителями их индивидуально-психологических свойств. По наблюдениям специалистов, большинство детей с нарушениями речи переживают состояние фрустрации под влиянием постоянных неудач. Эти переживания нередко усугубляются недостаточно тактичным и негибким поведением учителя, и прогрессирование декомпенсации идет по пути развития неврозоподобной симптоматики. При этом повышается тревожность, снижается самооценка (Корнев А.Н., 1997).

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

потому, что стрессовые состояния дезориентируют их деятельность.

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

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

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

- 1) воспитывать точность, четкость, быстроту реакции, умение переключать активное внимание на качество выполнения необходимых в данный момент действий;

- 2) отводить особое место упражнениям на нормализацию мышечного тонуса и использовать с этой целью различные игровые роли и игровые

действия;

3) формировать чувство коллективизма в играх, воспитывать волю, уверенность в своих силах, умение преодолевать трудности при выполнении действий, используя при этом психотерапевтические возможности игры;

4) использовать образы персонажей игр, учитывая их положительное влияние на речевую и двигательную активность, эмоциональную сферу.

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

1) увеличивается индивидуализация занятий, доля помощи психолога в выборе и реализации роли, совершении игровых действий;

2) применяется подетально расчлененная подача игрового материала с демонстрацией отдельных элементов сюжета и игровых действий;

3) больше внимания уделяется вербализации действий, сочетанию речи с движениями с постепенным усложнением игровой задачи;

4) ввиду повышенной утомляемости детей чередуются динамические и статические действия, сокращается смена действий и продолжительность игр;

5) показ действий осуществляется со словесным объяснением психолога, сопряженной и ритмизованной речью;

97

6) при организации игр проводится работа по общему развитию речи, развитию слухового внимания и восприятия, коррекции недостатков звукопроизношения, увеличению словарного запаса;

7) объем речевых действий постепенно расширяется на протяжении всех занятий.

Игротерапия служит закреплению навыков плавной речи, полученных на логопедических занятиях. Вербализация игровых ситуаций, словесные объяснения детьми игровых действий на этапе планирования и затем анализа игры способствуют созданию мотивации правильной речи. В ходе разучивания коротких стихотворений, песенок, бесед о содержании игры уточняются трудные слова, отрабатывается их ритмическая структура, четкость произношения звуков. Проводится работа над обогащением словаря, новые понятия вводятся в активный словарь детей, формируются грамматические обобщения. При работе над плавностью и слитностью речи поэтапно усложняются ее формы.

Использование игротерапии в процессе коррекционной работы с дошкольниками, страдающими заиканием, способствует нормализации неречевых функций и приводит к значительному улучшению речи.

Таким образом, развитие личности обусловлено не только дефектом как таковым, но и тем фактом, что ребенок осознает свой дефект и чувствует особое отношение к нему со стороны других людей. Приспосабливаясь к своему дефекту, как внутренне, так и через поведение, ребенок формирует определенные защитные механизмы, которые накладывают отпечаток на формирование его личности. Вместе с тем применение специальных форм психологической помощи, наряду с коррекционной логопедической работой, направленной на исправление речевых дефектов, значительно сглаживает

проявления вторичных нарушений и способствует полноценному развитию личности ребенка.

## 5.2. Характеристика детей с нарушениями функций слухового и зрительного анализаторов

Нарушение слуха: какие виды бывают, причины и лечение.

По различным данным от 6 до 7% населения страдают нарушением слуха.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения к 2020 году число людей с нарушением слуха увеличится на 30% и достигнет 9% от общего числа населения.

В России более 13 млн. людей с нарушением слуха. Из них более 1,0 млн. дети в возрасте до 18 лет.

Люди с ограничениями по слуху плохо воспринимают речь и другие звуки, они слышат их как тихие, неразборчивые.

Потеря слуха возникает либо в результате повреждения частей наружного и среднего уха, либо при повреждении частей внутреннего уха, поэтому различают:

- Кондуктивную тугоухость
- Сенсоневральную тугоухость
- Слуховую нейропатию
- Центральное расстройство слуха .

В детской сурдологии наиболее часто встречается кондуктивная и сенсоневральная тугоухость.

#### Кондуктивная тугоухость

При кондуктивной тугоухости изменения не затрагивают структуры внутреннего уха и слуховой нерв, а затрагивают область барабанной перепонки и среднего уха. Например, ухудшение подвижности в системе слуховых косточек или обширная травма барабанной перепонки. Такое нарушение слуха у детей возникает вследствие: атрезии (полное или частичное недоразвитие) наружного слухового прохода, серных пробок, аномалии развития и повреждения барабанной перепонки и косточек среднего уха, отитов и др.

Кондуктивная тугоухость приводит к снижению слуха 1-2 степени.

Слуховой аппарат поможет преодолеть поврежденный участок — усилив давление звука. Бывает когда повреждения настолько серьезны, что полностью препятствуют проведению колебаний, и даже самый мощный слуховой аппарат не сможет помочь — в этом случае доктор выбирает между операцией по восстановлению среднего уха, операцией по вживлению кохлеарного или вибрационного импланта.

#### Сенсоневральная тугоухость

При сенсоневральной тугоухости повреждаются волосковые клетки в улитке или слуховой нерв, что встречается реже. При этом виде нарушения слуха у маленьких детей, звуковые колебания не могут преобразоваться в электрические сигналы, что приводит к невозможности распознавания звуков головным мозгом. При малой, средней или даже умеренно тяжелой потере

слуха звук будет восприниматься за счет сохранившихся волосковых клеток.

Наиболее частые причины сенсоневральной тугоухости у детей - наследственное нарушение слуха, гипоксия, высокий уровень билирубина, вирусные инфекции матери во время беременности, менингоэнцефалит, прием ототоксических препаратов и др. Снижение слуха - от 1 степени до глухоты.

При этом слуховой аппарат будет значительно улучшать частично оставшуюся слуховую функцию — за счет более интенсивного раздражения волосковых клеток.

Когда же значительная часть, или все волосковые клетки погибли — слуховые аппараты часто неэффективны. Тогда применяют кохлеарный имплант, который принимая звуки, преобразует их в электрический сигнал, и передает их непосредственно на нерв, минуя структуры пораженной улитки.

#### Слуховая нейропатия

Это нарушение выделено в последние годы благодаря появлению объективных методов исследования слуха. В отличие от сенсоневральной тугоухости оно характеризуется сохранностью наружных волосковых клеток. Основная причина - нарушение синхронизации возбуждения в волокнах слухового нерва. При этом также могут быть повреждены внутренние волосковые клетки. Для этих пациентов характерны трудности восприятия речи, хотя снижение слуха, как правило, незначительное .

Кондуктивная и сенсоневральная тугоухость, слуховая нейропатия относятся к периферическим нарушениям слуха.

#### Центральное нарушение слуха

Эти расстройства обусловлены повреждением подкорковых, начиная с кохлеарных ядер, и корковых центров слуховой системы. При этом нарушаются процессы анализа акустических, в том числе и речевых сигналов - обнаружение, различение, узнавание, распознавание, запоминание звуковых сигналов.

Дети с центральными расстройствами слуха ведут себя как слабослышащие, хотя имеют нормальные или незначительно повышенные пороги слуха. Эти нарушения особенно характерны для детей с патологией нервной системы, вызванной гипоксией и гипербилирубинемией.

Нарушения слуха могут быть односторонними (повреждено одно ухо - левое или правое) и двусторонними (повреждены оба уха).

Нарушения могут быть наследственными (в т.ч. обусловленные генетическими мутациями), врожденными, приобретенными. У 50% новорожденных тугоухость имеет наследственное происхождение. При этом у трети этих детей расстройства слуха сочетаются с другими нарушениями, т.е. входят в состав синдрома. Расстройства слуха могут сочетаться с заболеваниями глаз, костно-мышечной, покровной, нервной, эндокринной систем, заболеваниями почек. Наследственная тугоухость чаще обусловлена необратимыми изменениями структур улитки, но существуют нарушения, связанные с аномалиями наружного и среднего уха. Наследственные нарушения слуха могут проявляться сразу после рождения ребенка или развиваться постепенно.

В настоящее время идентифицировано более 50 генов, мутации в которых

вызывают различные расстройства слуха. Большая часть этих расстройств является врожденной или развивается у ребенка в раннем возрасте до овладения речью.

В зависимости от степени снижения слуха выделяют: I, II, III, IV степень и глухоту.

Слуховое восприятие при разной степени потери слуха.

Степень потери слуха	Средние разговорной и громкой речи		Восприятие шепотной речи
	Средние пороги слуха	Восприятие	Восприятие
I	26-40 дБ	6-3 м	2 м - у уха
II	41-55 дБ	3 м - у уха	нет - у уха
III	56-70 дБ	громкая речь у уха	нет
IV	71-90 дБ	крик у уха	нет
Глухота	>91 дБ	нет	нет
Глухота			

В зависимости от того, когда человек потерял слух, выделяют:

□ долингвальную глухоту. Это глубокая потеря слуха с самого рождения или в первый год жизни. Дети с таким нарушением слуха могут научиться речи только с большим трудом и чаще используют язык жестов для общения;

□ перилингвальную глухоту. К ней относятся потери слуха в период овладения речью до ее полного овладения (от 1 года до 5 лет);

постлингвальную глухоту. К ней относятся потери слуха, возникшие после овладения речью (позднооглохшие пациенты).

Психолого-педагогические особенности детей с нарушением зрения.

Характеристика зрительных нарушений

Как известно, зрение играет важную роль при ориентации человека в окружающей действительности и осуществлении многих сторон его жизнедеятельности. Именно с помощью зрительного анализатора ребенок получает информацию об окружающем мире. С самого рождения все движения и предметно-практические действия ребенка осуществляются при участии и под контролем зрения. Глубокое поражение зрения или полная слепота значительно ограничивают чувственное познание. Но каким бы низким не было зрение, сохранять его, а в некоторых случаях и улучшить его - важнейшая задача, в решении которой большая роль принадлежит родителям. Категория детей, имеющих зрительный дефект, по состоянию нарушений зрения весьма разнообразна и неоднородна как по остроте центрального зрения, так и по характеру глазных заболеваний.

К детям с нарушением зрения относятся:

- слепые с полным отсутствием зрения и дети с остаточным зрением, при котором острота зрения 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.

Слабовидящие дети - дети, страдающие значительным снижением остроты зрения (от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с оптической коррекцией) либо расстройствами периферического зрения. Зрительное восприятие при слабовидении характеризуется неточностью, фрагментарностью, замедленностью, что значительно обедняет чувственный опыт таких детей, препятствует познанию ими окружающего мира.

При всех глазных патологиях чаще всего поражается центральное зрение - острота зрения, в результате чего затрудняется процесс рассматривания мелких предметов, нарушается восприятие формы и величины предметов, расстояние восприятия.

Различают врожденные и приобретенные формы глазной патологии. При этом наблюдаются и наследственные заболевания глаз. При заболевании глаз с рождения ребенка осложняется формирование определенного запаса зрительных впечатлений, возникают трудности овладения ходьбой, предметно-практической деятельностью, ориентировкой в пространстве.

Нарушение зрения определяет слабое развитие психомоторной сферы,

запаздывает формирование целенаправленных предметно-игровых действий, появляются навязчивые стереотипные движения: раскачивание головы, туловища, размахивание руками. Все это объясняется обеднением чувственного

опыта ребенка, разрывом связи между ребенком и окружающей действительностью.

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 зрение. Светоощущение позволяет отличать свет от тьмы. При остаточном форменном зрении имеется возможность сосчитать пальцы вблизи лица, воспринимать свет, цвета, контуры, силуэты предметов на близком расстоянии. Остаточное зрение (по определению А.И. Каплан) - это своеобразное свойство глубоко поврежденного зрения в зависимости от различных клинических характеристик заболевания глаза, обусловленных ведущим и сопутствующим патологическим процессом, общим состоянием организма, нейропсихической сферы. Остаточное зрение характеризуется разностью возможностей зрительных функций, уровнем их сохранности, степенью устойчивости, взаимодействием и возможностью взаимной компенсации.

Дети, имеющие остроту центрального зрения 0,05-0,08 и более высокую, в процессе обучения могут пользоваться зрением. Однако функциональные возможности зрения зависят от состояния зрения лучше видящего глаза и других зрительных функций, таких как: цветовое и периферическое зрение, а, прежде всего от остроты центрального зрения. Известно, что при атрофии зрительного

нерва хуже видящий глаз не принимает участия в акте зрения.

У детей с врожденной катарактой может быть относительно сохранное зрение, но отмечается нарушение поля зрения, которое характеризуется не только сужением границ при определении формы и цвета объекта, но и при фиксации движущихся объектов.

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.

Слабовидение возникает вследствие глазных болезней на фоне общего заболевания организма. Чаще всего причиной слабовидения является аномалия рефракции. Наиболее распространенной формой является миопия, затем гиперметропия (дальнозоркость) и астигматизм.

Одной из причин слабовидения является также астигматизм - аномалия преломляющей способности глаза, при которой в одном глазу наблюдается сочетание различных видов рефракции. Астигматизм не всегда корригируется очками, полная коррекция удается в случаях несложного астигматизма. Иногда астигматизм бывает весьма сложным и не поддается корригированию очками, поэтому у детей возникают трудности овладения чтением, письмом и другими видами работ, где необходимо бинокулярное зрение.

Таким образом, слабовидение характеризуется разнообразием нарушений зрительных функций, уровнем их сохранности, степенью выраженности патологии и возможностью взаимной компенсации.

В отличие от остаточного зрения слабовидение дает больше возможностей для использования зрительного анализатора как ведущего в познании окружающего мира.

Одной из распространенных глазных патологий является косоглазие и развивающаяся на его фоне амблиопия. Косоглазие возникает вследствие понижения остроты зрения одного или обоих глаз из-за нарушения рефракции (преломляющей способности глаза), расстройства аккомодации (приспособления глаза к рассматриванию предметов на разных расстояниях) и конвергенции (сведении осей глаз для видения предметов на близком расстоянии).

Термин «косоглазие» объединяет различные по происхождению и локализации поражения зрительной и глазодвигательной систем, вызывающее периодическое или постоянной отклонение (девиацию) глазного яблока. Различают мнимое, скрытое и истинное косоглазие.

Содружественное косоглазие характеризуется постоянным или периодическим отклонением одного из глаз от совместной точки фиксации и нарушением функции бинокулярного зрения. Подвижность глаз во всех направлениях при этом свободна, угол отклонения правого и левого глаз равен как по величине, так и по направлению: косит чаще один глаз или оба глаза поочередно. 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.

Поэтому принято считать, что не скорректированная дальнозоркость является фактором, способствующим возникновению сходящегося косоглазия.

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 косит оба глаза.

При альтернирующей косоглазии зрение, как правило, достаточно высокое и одинаковое в обоих глазах. Монолатеральное, постоянное косоглазие сложнее альтернирующего (то косит, то не косит), так как при нем в результате постоянного отклонения одного глаза, отсутствия фузии, довольно быстро развивается выраженная амблиопия.

Поэтому в процессе лечения необходимо «перевести» монолатеральное косоглазие в альтернирующее.

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, что, однако удается сделать весьма нечасто потому, что сами родители не в состоянии заметить дефект. Острота зрения отклоненного глаза понижается, развивается

амблиопия этого глаза. Функции зрения выполняет один глаз.

Термином «амблиопия» обозначают такие формы понижения 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 к 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, обскурационная, рефракционная, истерическая.

Дисбинокулярная амблиопия возникает вследствие расстройства бинокулярного зрения. Понижение зрения развивается вследствие косоглазия.

Дисбинокулярная амблиопия может быть двух видов: амблиопия с правильной (центральной) фиксацией (фиксирующий участок - центральная ямка сетчатки) и амблиопия с неправильной (нецентральной) фиксацией (фиксирующим становится любой другой участок сетчатки).

Рефракционная амблиопия возникает вследствие аномалий рефракции, которые в данный момент не поддаются коррекции. При ношении правильно подобранных очков постепенно острота зрения может повыситься, вплоть до

нормальной.

Причиной возникновения этого вида амблиопии является постоянное и длительное проецирование на сетчатку глаза неясного изображения предметов внешнего мира при высокой дальнозоркости и астигматизме. Анизометропия - неодинаковая рефракция обоих глаз, в результате которой наблюдается неодинаковая величина изображения предметов на сетчатках обоих глаз. Это препятствует слиянию обоих изображений в один зрительный образ.

Обскурационная амблиопия развивается в результате помутнении оптических сред глаза (катаракты, помутнении роговицы), преимущественно врожденных или рано приобретенных. Диагноз ставится, если низкое зрение сохраняется, несмотря на устранение помутнений и отсутствие анатомических изменений в заднем отделе глаза (после экстракции катаракты). Истерическая амблиопия возникает внезапно, чаще всего после какого-либо аффекта. Функциональные расстройства на почве истерии могут принимать характер ослабления или потери зрения. Эта форма амблиопии встречается довольно редко.

Таким образом, понимание структуры зрительного дефекта позволяет организовать не только соответствующую медицинскую помощь, но правильно осуществлять психолого-педагогическую коррекционную работу. Но при этом необходимо знать и систему лечения зрения детей, с тем, чтобы способствовать активизации и упражнению нарушенных функций зрения. Зрительный дефект обуславливает ход психического развития ребенка при отсутствии

специального обучения и воспитания, то есть коррекционных методов и средств помощи. Без этого дефект у ребенка может привести к целому ряду вторичных отклонений, сдерживающих процесс социальной адаптации и интеграции детей с нарушением зрения.

Причины нарушения зрения.

При этом среди причин детской слепоты четко прослеживается возрастание частоты врожденных аномалий развития органа зрения.

Так, врожденная зрительная патология отмечается в работах М.И. Земцовой и Л.И.Солнцевой в 60,9 % случаев, в исследованиях А. И. Каплан — в 75 %, Л. И. Кирилловой — в 91,3 %, А. В. Хватовой — в 92 % случаев у слабовидящих и в 88 % — у слепых, И. Л. Ферфильфайн с соавторами — в 84,2 % случаев.

В исследованиях Л. И. Кирилловой отмечаются наследственные нарушения обмена веществ в виде альбинизма; наследственные заболевания, приводящие к нарушению развития глазного яблока, — врожденный анофтальм, микрофтальм; заболевания роговой оболочки — дистрофии роговицы; наследственная патология сосудистой оболочки — аниридия, колобома сосудистой оболочки; врожденные катаракты (имелись также врожденные катаракты генетического происхождения); Кроме наследственных факторов у слепых и частично видящих детей имеются аномалии развития органа зрения как следствие внешних и внутренних отрицательных факторов, действовавших в период эмбрионального развития плода, — патологического течения беременности, перенесенных матерью

вирусных заболеваний, токсоплазмоза, краснухи и т.д.

Зрительная система младенца обладает определенными врожденными навыками, но все равно ребенка нужно учить видеть - так же, как необходимо учить его говорить. Первые два года жизни ребенка являются периодом наиболее интенсивного развития зрения у детей, так что внимательное наблюдение за прохождением вашим ребенком этих этапов и своевременная диагностика у детского офтальмолога убережет вас от возможных нарушений зрения у вашего ребенка.

Любое заболевание глаз требует к себе пристального внимания. Если, например, ребенок рождается с врожденной катарактой, она должна быть устранена как можно скорее - чтобы свет мог стимулировать развитие сетчатки. К другим моментам, которые могут сказаться на зрении ребенка относятся: преждевременные роды, сахарный диабет и некоторые другие заболевания матери, амблиопия, расходящееся или сходящееся косоглазие. Зрительное нарушение – это острота зрения менее 0,3 на лучший глаз с коррекцией и/или поле зрения менее 15 угл. град. Определяя, что такое зрительное нарушение, мы одновременно определяем и круг лиц, нуждающихся в специальном образовании.

Зрительные нарушения вызывают у детей значительные затруднения в познании окружающей действительности, сужают общественные контакты, ограничивают их ориентировку, возможность заниматься многими видами деятельности.

В последние годы мы встречаемся с все большим числом врожденных

нарушений зрения у детей.

Возможными причинами появления детей с множественными врожденными пороками развития остаются заболевания родителей диабетом, токсоплазмозом, и многими другими болезнями.

Врожденные: вызванные различными вирусными и инфекционными заболеваниями (грипп, токсоплазмоз и др.), нарушениями обмена веществ матери во время беременности; наследственная передача некоторых дефектов зрения (уменьшение размеров глаз, катаракта и др.); иногда обусловленные врожденными доброкачественными мозговыми опухолями (такие нарушения проявляются не сразу).

Причинами врожденных заболеваний и аномалий развития органа зрения могут быть изменения внешней и внутренней среды: различные заболевания матери во время беременности: грипп, другие вирусные заболевания, обострение хронических болезней.

Определенное место среди причин глубокого нарушения зрения занимают алкогольные, никотиновые интоксикации, авитаминозы. Среди детей с нарушением зрения следует выделить группу недоношенных детей с ретинопатией, при которой чаще всего наступает тотальная слепота. Уже в родильном доме при осмотрах новорожденного можно выявить признаки некоторых врожденных заболеваний глаз.

Приобретенные: внутричерепные и внутриглазные кровоизлияния, травмы головы во время родов и в раннем возрасте ребенка; в связи с повышением внутриглазного давления; на фоне общего соматического

ослабления здоровья ребенка; недоношенные дети с ретинопатией (снижение чувствительности сетчатки), при которой часто наступает тотальная слепота. Причиной атрофии зрительного нерва могут быть как наследственные, так и приобретенные аномалии. Иногда факторов, обуславливающих снижение зрения, может быть несколько.

Все чаще в последнее время множественные дефекты у новорожденного объясняют глубокой недоношенностью, которая наступила в результате преждевременных родов по неясной для врачей причине. Одной из распространенных причин снижения зрения являются аномалии рефракции: дальновзоркость, близорукость, астигматизм, косоглазие.

Косоглазие и возникающая на его фоне амблиопия, являются часто встречающимися заболеваниями

Своевременное выявление и лечение косоглазия позволяет сохранить, восстановить и улучшить зрение у детей еще в период раннего и дошкольного возраста.

При подозрении неблагополучия в состоянии зрения у ребенка родители должны обратиться в кабинет охраны зрения при детской поликлинике или же в глазной диспансер.

### 5.3. Детский церебральный паралич (ДЦП)

Детский церебральный паралич (ДЦП) - заболевание, связанное с поражением формирующегося головного мозга в период внутриутробного

развития, в родах, в ранний постнатальный период. Заболеваемость ДЦП имеет тенденцию к увеличению и составляет 1,88 случаев на 1000 детей. Этиология данного заболевания многообразна - на сегодняшний день известно свыше 400 вредных факторов. Особенно опасными считаются: гипоксия, вирусные, соматические заболевания в первой трети беременности, стремительные роды, стимуляция родовой деятельности, высокая масса новорожденного, возраст мамы старше 35 лет (особенно при первой беременности), инфекции или травмы в ранний постнатальный период.

ДЦП относят к тяжелым заболеваниям ЦНС, при котором, особенно страдают мозговые структуры, ответственные за произвольные движения. Характерны для ДЦП двигательные расстройства: гипертонус мышц, развитие контрактур, нарушение координации движений, атрофия мышц и др. При ДЦП формируются устойчивые порочные позы и движения, меняется осанка, возникают контрактуры и деформации ОДА и другие нарушения. Имеет место расстройство деятельности анализатора, что затрудняет нормальную адаптацию больных к окружающей среде. Типична повышенная эмоциональная возбудимость, инертность психики и т.п.

ДЦП изучается с 1853 года (хирург-ортопед Литтл). За это время предложено несколько классификаций данного заболевания. В соответствии с классификацией выделяют 5 клинических форм детского церебрального паралича - двойная гемиплегия, спастическая диплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая, атонически-астатическая форма.

Для всех форм характерны двигательные нарушения рефлекторного

характера. Движения возможны, но они не управляются ребенком: присутствуют компенсаторные движения и порочный двигательный стереотип, нарушена координация, повышен тонус мышц.

Детский церебральный паралич не прогрессирует. По мере роста и развития ребенка могут отмечаться уменьшения клинических симптомов болезни.

Различают 4 периода восстановления двигательной сферы и социальной ориентации больного ребенка.

1. Острый период длительностью 7-14 дней. Отмечается прогрессирующее течение заболевания, выраженные двигательные расстройства, в ряде случаев - наличие периодических судорожных приступов.

2 - 3. Восстановительный период (ранний - до 2 месяцев, поздний - до 1-2 лет) характеризуется выраженным ранним тоническим рефлексом, который сохраняется дольше нормальных сроков, сдерживая своевременное появление установочных рефлексов и развитие движений. Страдают или отсутствуют врожденные рефлексы.

4. Период остаточных явлений начинается с двухлетнего возраста и продолжается в детстве и юношестве, а при тяжелых формах - пожизненно. Качество восстановительных мероприятий в этом периоде во многом зависит от предшествующего систематического лечения. Отсутствие раннего лечения вызывает формирование порочных поз и движений, затрудняя нормализацию двигательной сферы ребенка

Формы ДЦП

На территории России часто применяется классификация детского церебрального паралича по К. А. Семеновой (1973). В настоящее время, по МКБ-10 используется следующая классификация:

Спастическая тетраплегия

(При большей выраженности двигательных расстройств в руках может использоваться уточняющий термин «двусторонняя гемиплегия»)

G80.0. Одна из самых тяжелых форм ДЦП, являющаяся следствием аномалий развития головного мозга, внутриутробных инфекций и перинатальной гипоксии с диффузным повреждением полушарий головного мозга. У недоношенных основной причиной при перинатальной гипоксии является селективный некроз нейронов и перивентрикулярная лейкомаляция; у доношенных — селективный или диффузный некроз нейронов и парасагиттальное поражение мозга при внутриутробной хронической гипоксии. Клинически диагностируется спастическая квадриплегия (квадрипарез; более подходящий термин, по сравнению с тетраплегией, так как заметные нарушения выявляются примерно одинаково во всех четырех конечностях), псевдобульбарный синдром, нарушения зрения, когнитивные и речевые нарушения. У 50 % детей наблюдаются эпилептические приступы. Для данной формы характерно раннее формирование контрактур, деформаций туловища и конечностей. Почти в половине случаев двигательные расстройства сопровождаются патологией черепных нервов: косоглазием, атрофией зрительных нервов, нарушениями слуха, псевдобульбарными расстройствами. Довольно часто у детей отмечают микроцефалию, которая, разумеется, носит

вторичный характер. Тяжёлый двигательный дефект рук и отсутствие мотивации исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность.

#### Спастическая диплегия

G80.1 Наиболее распространённая разновидность церебрального паралича (3/4 всех спастических форм), известная ранее также под названием «болезнь Литтла». Нарушается функция мышц с обеих сторон, причём в большей степени ног, чем рук и лица. Для спастической диплегии характерно раннее формирование контрактур, деформаций позвоночника и суставов. Преимущественно диагностируется у детей, родившихся недоношенными (последствия внутрижелудочковых кровоизлияний, перивентрикулярной лейкомаляции, других факторов). При этом, в отличие от спастической квадриплегии, больше поражены задние и, реже, средние отделы белого вещества. При этой форме, как правило, наблюдается тетраплегия (тетрапарез), с мышечной спастикой заметно преобладающей в ногах. Наиболее распространённые проявления — задержка психического и речевого развития, наличие элементов псевдобульбарного синдрома, дизартрия и т. п. Часто встречается патология черепных нервов: сходящееся косоглазие, атрофия зрительных нервов, нарушение слуха, нарушение речи в виде задержки её развития, умеренное снижение интеллекта, в том числе вызванное влиянием на ребёнка окружающей среды (оскорбления, сегрегация). Прогноз двигательных возможностей менее благоприятен, чем при гемипарезе. Эта форма наиболее благоприятна в отношении возможностей социальной адаптации. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых при нормальном

умственном развитии и хорошем функционировании рук.

#### Гемиплегическая форма

G80.2. Характеризуется односторонним спастическим гемипарезом. Рука, как правило, страдает больше, чем нога. Причиной у недоношенных детей является перивентрикулярный (околожелудочковый) геморрагический инфаркт (чаще односторонний), и врожденная церебральная аномалия (например, шизэнцефалия), ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние в одном из полушарий (чаще в бассейне левой средней мозговой артерии) у доношенных детей. Дети с гемипарезами овладевают возрастными навыками позже, чем здоровые. Поэтому уровень социальной адаптации, как правило, определяется не степенью двигательного дефекта, а интеллектуальными возможностями ребёнка. Клинически характеризуется развитием спастического гемипареза (походка по типу Вернике-Манна, но без циркумдукции ноги), задержкой психического и речевого развития. Иногда проявляется монопарезом. При этой форме нередко случаются фокальные эпилептические приступы.

#### Дискинетическая форма

(используется и термин «гиперкинетическая форма»)

G80.3 Одной из самых частых причин данной формы является перенесенная гемолитическая болезнь новорождённых, которая сопровождалась развитием «ядерной» желтухи. Также причиной является status marmoratus базальных ганглиев у доношенных детей. При этой форме, как правило, повреждаются структуры экстрапирамидной системы и слухового

анализатора. В клинической картине характерно наличие гиперкинезов: атетоз, хореоатетоз, торсийная дистония (у детей на первых месяцах жизни — дистонические атаки), дизартрия, глазодвигательные нарушения, снижение слуха. Характеризуется непроизвольными движениями (гиперкинезами), повышением мышечного тонуса, одновременно с которыми могут быть параличи и парезы. Речевые нарушения наблюдаются чаще в форме гиперкинетической дизартрии. Интеллект развивается в основном удовлетворительно. Отсутствует правильная установка туловища и конечностей. У большинства детей отмечается сохранение интеллектуальных функций, что прогностично благоприятно в отношении социальной адаптации, обучения. Дети с хорошим интеллектом заканчивают школу, средние специальные и высшие учебные заведения, адаптируются к определённой трудовой деятельности. Выделяются атетоидный и дистонический (с развитием хореи, торсионных спазмов) варианты данной формы ДЦП.

#### Атаксическая форма

(раннее использовался и термин «атонически-астатическая форма»)

G80.4. Характеризуется низким тонусом мышц, атаксией и высокими сухожильными и периостальными рефлексамии. Нередки речевые расстройства в форме мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии. Наблюдается при преобладающем повреждении мозжечка, лобно-мосто-мозжечкового пути и, вероятно, лобных долей вследствие родовой травмы, гипоксически-ишемического фактора или врождённой аномалии развития. Клинически характеризуется классическим симптомокомплексом (мышечная гипотония,

атаксия) и различными симптомами мозжечковой асинергии (дисметрия, интенционный тремор, дизартрия). При этой форме ДЦП подчёркивается умеренная задержка развития интеллекта, а в ряде случаев имеет место олигофрения в степени глубокой дебильности или имбецильности. Более половины случаев диагностированной данной формы являются нераспознанные ранние наследственные атаксии.

#### Смешанные формы

G80.8. Несмотря на возможность диффузного повреждения всех двигательных систем головного мозга (пирамидной, экстрапирамидной и мозжечковой), вышеупомянутые клинические симптомокомплексы позволяют в подавляющем большинстве случаев диагностировать конкретную форму ДЦП. Последнее положение важно в составлении реабилитационной карты больного. Часто сочетание спастической и дискинетической (при сочетанном выраженном поражении экстрапирамидной системы) форм, отмечается и наличие гемиплегии на фоне спастической диплегии (при асимметричных кистозных очагах в белом веществе головного мозга, как следствие перивентрикулярной лейкомаляции у недоношенных).

#### Неуточнённая форма.

#### 5.4. Вопросы для самоконтроля.

- 1) Что собой представляет глухота?
- 2) Что такое тугоухость?
- 3) Какова психологическая характеристика слабовидящих детей?

- 4) Каковы характеристики слепоты?
- 5) Что такое ДЦП?
- 6) Как можно охарактеризовать психическое и физическое состояние детей с ДЦП?

### 5.5. Задания для практики

Необходимо решить задания теста:

1. Дети, для которых в результате нарушения слуха невозможно самостоятельное овладение словесной речью относятся к категории ... .
  - а) слабовидящих;
  - б) глухих;
  - в) слабослышащих;
  - г) позднооглохших.
2. Спастическая диплегия является формой ... .
  - а) детского церебрального паралича;
  - б) умственной отсталости;
  - в) тугоухости;
  - г) атрофии зрительного нерва.
3. Наличие церебрального паралича в младенчестве определяется преимущественно ... .
  - а) повышенной судорожной готовностью мозга;
  - б) нарушением функционирования рефлексов новорожденного;
  - в) общей и вегетативной возбудимостью;

г) задержкой развития моторики.

4. Значительная компенсация утраченной зрительной функции у слепого ребенка достигается в результате специальных педагогических воздействий по развитию ... .

а) осязания;

б) эмоций;

в) памяти;

г) воображения.

5. Врожденная слепота в значительной степени является следствием ...

а) травматических повреждений глаз;

б) заболеваний центральной нервной системы;

в) общих заболеваний организма;

г) наследственной передачи некоторых дефектов зрения.

6. Нарушение формирования произносительной стороны речи у детей вследствие дефекта восприятия и произношения определяется как ... .

а) фонетический дефект;

б) общее недоразвитие речи;

в) фонетико-фонематическое недоразвитие речи;

г) лексико-грамматическое недоразвитие речи.

7. Выделяют следующие (ую) клинические (ую) формы (у) детского церебрального паралича ... .

а) спастическую диплегию;

б) двойную гемиплегию;

- в) гипермнезическую форму;
- г) гипомнезическую форму.

8. Среди незрячих выделяют ... .

- а) практически слепых;
- б) поздноослепших;
- в) слабовидящих;
- г) тотально слепых.

9. Нарушения формирования высших корковых функций при ДЦП проявляются в ... .

- а) оптико-пространственных нарушениях;
- б) задержке формирования пространственных и временных представлений;
- в) повышенной эмоциональной возбудимости;
- г) повышенной чувствительности к обычным раздражителям.

10. Детский церебральный паралич – это ... .

- а) заболевание центральной нервной системы;
- б) атрофия зрительного нерва;
- в) травматическое повреждение конечностей;
- г) врожденная деформация стоп.

11. Формой детского церебрального паралича, при котором руки поражены в меньшей степени, чем ноги, является ...

- а) гемипаретическая форма;
- б) двойная гемиплегия;
- в) атонически-астатическая форма;

г) спастическая диплегия.

12. Графическое изображение данных исследования остроты слуха с помощью прибора называется ... .

а) кардиограммой;

б) аудиограммой;

в) голограммой;

г) энцефалограммой.

13. При сенсорных расстройствах ведущими в структуре дефекта оказываются ... .

а) нарушения приема информации;

б) нарушения опосредованной памяти;

в) нарушения словесно-логического мышления;

г) нарушения целенаправленности мотивов.

14. Кохлеарная имплантация – это ... .

а) метод профилактики нарушения слуховой функции на ранних этапах развития ребенка;

б) слуховой аппарат;

в) метод обучения незлышащих устной речи;

г) частичная имплантация электронной слухопротезирующей системы.

15. Выраженность вторичных и третичных дефектов при нарушениях зрения зависит от ... .

а) особенностей семейного воспитания;

б) клинической формы нарушения зрения;

- в) отношения ребенка к своему дефекту;
- г) времени утраты зрения.

16. Для детского церебрального паралича характерно нарушение ... .

- а) слуха;
- б) цветоощущения;
- в) мышечного тонуса;
- г) пищеварения.

17. Нарушения слуха относятся к категории ... .

- а) социальных;
- б) сенсорных;
- в) телесных (соматических);
- г) психических.

18. Дети, обладавшие сформировавшейся речью к моменту наступления у них нарушения слуха, относятся к категории ... .

- а) слабослышащих;
- б) глухих;
- в) слабослышащих;
- г) позднооглохших.

19. К нарушениям бинокулярности зрения относят ... .

- а) истинное косоглазие;
- б) катаракту;
- в) мнимое косоглазие;
- г) содружественное косоглазие.

20. К категории телесных (соматических) относятся нарушения ... .

- а) зрения;
- б) слуха;
- в) опорно-двигательного аппарата;
- г) эмоционально-волевой сферы.

21. Основой классификации лиц с недостатками зрения является степень нарушения ... .

- а) опорно-двигательного аппарата;
- б) коры головного мозга;
- в) вегетативной системы;
- г) остроты зрения.

22. К категории детей с нарушениями зрения относят ... .

- а) лишившиеся зрения после 7 лет;
- б) слепорожденные;
- в) рано ослепшие;
- г) лишившиеся зрения после 5 лет.

23. К поведенческим особенностям детей с выраженной речевой патологией относят ... .

- а) невротические реакции;
- б) отсутствие критического отношения к собственным поступкам;
- в) негативизм;
- г) отсутствие психологической дистанции в общении со взрослым.

24. Методика обучения игре незрячих и слабослышащих детей включает

... .

- а) формирование подражательной игры;
- б) формирование игры с использованием предметов-заместителей;
- в) использование специальных психо-технических коррегирующих упражнений;
- г) использование игровых коррегирующих упражнений и заданий.

25. Заболевание, последствия которого являются одной из наиболее частых причин стойкого понижения слуха у детей, называется ... .

- а) дерматитом;
- б) радикулитом;
- в) отитом;
- г) циститом.

26. Специфика ранней логопедической работы при ДЦП заключается в ... .

- а) стимулировании развития мышления;
- б) стимулировании опережающего речевого развития;
- в) преодолении и предупреждении оральной диспраксии;
- г) развитии ощущений артикуляционных поз и движений.

27. Полное отсутствие произвольных движений при детском церебральном параличе называется ... .

- а) дисграфией;
- б) гипотонией;
- в) параличом;

г) парезом.

28. При дисграфии наблюдаются такие особенности, как ... .

- а) снижение слуха;
- б) несформированность звуко-буквенного анализа;
- в) снижение интеллекта;
- г) специфические ошибки при письме.

29. Логопедическая работа с детьми с нарушениями зрения проводится поэтапно в зависимости от ... .

- а) степени выраженности интеллектуального дефекта;
- б) уровня сформированности активного и пассивного словаря и грамматического строя речи;
- в) степени нарушения зрения;
- г) уровня сформированности связной речи.

30. Двойная демиплегия – самая тяжелая форма ... .

- а) задержки психического развития;
- б) слабовидения;
- в) умственной отсталости;
- г) детского церебрального паралича.

## 5.6. Глоссарий по теме 5

Глухота - полное отсутствие слуха или такое его понижение, при котором невозможно разборчивое восприятие речи. Может быть врожденной или приобретенной вследствие заболевания внутреннего уха и слухового нерва, как

осложнение воспаления среднего уха или некоторых инфекционных болезней - менингита, гриппа и др.; иногда - в результате контузии или продолжительного действия сильного шума и вибраций.

Слепота — значительное снижение зрения одного или двух глаз, вплоть до его полной утраты.

Слабовидение - слабовидящими называют лиц, у которых острота зрения лучшего глаза с обычной оптической коррекцией составляет 0,05—0,2.

Тугоухость — это стойкое понижение слуха, вызывающее затруднения в восприятии речи.

Детский церебральный паралич — собирательный термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям и/или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном периоде.

Паралич (от греч. paralysis - расслабление) - полное выпадение двигательных функций и полное отсутствие произвольных движений, вследствие нарушения иннервации соответствующих мышц.

Парез (от греч. paresis - ослабление) - уменьшение силы и (или) амплитуды активных движений в связи с нарушениями иннервации соответствующих мышц.

Церебральный - от лат. cerebrum - головной мозг.

#### 5.7. Использованные информационные ресурсы:

1. Гонеев А.Д., Лифинцева Н.И., Ялпаева Н.В. Основы коррекционной

- педагогике: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А.Д. Гонеев. – изд. перераб. - М.: Издательский центр «Академия», 2010.
2. Кузнецова Л.В., Переслени Л.И., Солнцева Л.И. и др. Основы специальной психологии/Под ред. Л.В.Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2009.
3. Лубовский В.И., Розанова Т.В., Солнцева Л.И. и др. Специальная психология: учебное пособие / Под ред. В.И.Лубовского.6-ое изд., испр. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2005.

## **Лекция 6.**

### **Синдром раннего детского аутизма**

Аннотация. В данной теме раскрывается понятие «синдром раннего детского аутизма», охарактеризованы причины развития детского аутизма, а также особенности психического развития аутичного ребенка.

Ключевые слова. Аутизм, синдром Каннера, синдром Аспергера, стереотипность поведения.

Методические рекомендации по изучению темы. Вначале необходимо изучить теоретическую часть с определением основных понятий. После этого следует ответить на теоретические вопросы и решить практические задания, приведенные в конце темы. Для контроля усвоения материала необходимо пройти тестирование по данной теме. Вопросы, возникшие при изучении данной темы, можно обсудить в разделе Обсуждений.

### 6.1. Понятие «синдром раннего детского аутизма»

Тип странного, погруженного в себя человека, возможно, вызывающего уважение своими особыми способностями, но беспомощного и наивного в социальной жизни, неприспособленного в быту, достаточно известен в человеческой культуре. Загадочность таких людей часто вызывает особый к ним интерес, с ними нередко связывается представление о чудаках, святых, Божьих людях. Как известно, в русской культуре особое, почетное место занимает образ юродивого, дурачка, способного прозревать то, чего не видят умные, и говорить правду там, где лукавят социально приспособленные.

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 (E. M. Itard), и началось, собственно, развитие современной специальной педагогики.

В 1943 г. американский клиницист Л. Каннер (L. Kanner), 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". Необходимость идентификации данного синдрома, видимо, настолько назрела, что независимо от Л. Каннера сходные клинические случаи были описаны австрийским ученым Г. Аспергером (H. Asperger) в 1944 г. и отечественным исследователем С. С. Мнухиным в 1947 г.

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 эхоталии (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.

Изучением данного синдрома, поиском возможностей коррекционной работы с аутичными детьми занималось множество специалистов различного профиля. Выяснялась распространенность синдрома, его место среди других расстройств, первые ранние проявления, их развитие с возрастом, уточнялись критерии диагностики. Многолетние исследования не только подтвердили точность выделения общих черт синдрома, но и внесли в описание его картины несколько важных уточнений. Так, доктор Каннер считал, что детский аутизм связан с особой патологической нервной конституцией ребенка, в которой он не выделял отдельных признаков органического поражения нервной системы. Со временем развитие средств диагностики позволило выявить накопление такой симптоматики у детей с аутизмом; в трети случаев, которые описал сам Каннер, в подростковом возрасте наблюдались эпилептические приступы.

Каннер считал также, что детский аутизм не обусловлен умственной отсталостью. Некоторые из его пациентов имели блестящую память, музыкальную одаренность; типичным для них было серьезное, интеллигентное выражение лица (он назвал его «лицом принца»). Однако дальнейшие исследования показали, что, хотя часть аутичных детей действительно имеет высокие интеллектуальные показатели, в очень многих случаях детского

аутизма мы не можем не видеть глубокой задержки умственного развития.

Современные исследователи подчеркивают, что детский аутизм развивается на основе явной недостаточности нервной системы, и уточняют, что нарушения коммуникации и трудности социализации проявляются вне связи с уровнем интеллектуального развития, т. е. как при низких, так и при высоких его показателях. Родители первых обследованных Каннером детей были в основном образованными, интеллектуальными людьми с высоким социальным статусом. В настоящее время установлено, что аутичный ребенок может родиться в любой семье. Возможно, особый статус первых наблюдавшихся семей был связан с тем, что именно им легче было получить помощь известного доктора.

В ряде стран были проведены исследования по выявлению распространенности детского аутизма. Установлено, что данный синдром встречается примерно в 3-6 случаях на 10000 детей, обнаруживаясь у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

В последнее время все чаще подчеркивается, что вокруг этого «чистого» клинического синдрома группируются множественные случаи сходных нарушений в развитии коммуникации и социальной адаптации. Не совсем точно укладываясь в картину клинического синдрома детского аутизма, они, тем не менее, требуют аналогичного коррекционного подхода. Организации помощи всем таким детям должно предшествовать их выявление с помощью единого образовательного диагноза, позволяющего отличить детей, нуждающихся в специфическом педагогическом воздействии. Частота

нарушений такого рода, определяемая методами педагогической диагностики, по мнению многих авторов, возрастает до внушительной цифры: ими обладают в среднем 15-20 из 10000 детей.

Исследования показывают, что, хотя формально раннее развитие таких детей может укладываться в параметры нормы, оно необычно с самого их рождения. После первого года жизни это становится особенно явным: трудно организовать взаимодействие, привлечь внимание ребенка, заметна задержка его речевого развития. Самый тяжелый период, отягощенный максимумом поведенческих проблем - самоизоляции, чрезмерной стереотипностью поведения, страхами, агрессией и самоагрессией, - отмечается с 3 до 5-6 лет. Затем аффективные трудности могут постепенно сглаживаться, ребенок может больше тянуться к людям, но на первый план выступает задержка психического развития, дезориентированность, непонимание ситуации, неловкость, негибкость, социальная наивность. С возрастом неприспособленность в быту, несоциализированность становятся все более явными.

Эти данные привлекли внимание к изучению когнитивных возможностей подобных детей, выявлению особенностей формирования их психических функций. Наряду с островками способностей были обнаружены множественные проблемы в развитии сенсомоторной и речевой сфер; были также установлены особенности мышления, затрудняющие символизацию, обобщение, правильное восприятие подтекста и перенос навыков из одной ситуации в другую.

В результате в современных клинических классификациях детский аутизм включен в группу первазивных, т. е. всепроникающих расстройств, проявляющихся в нарушении развития практически всех сторон психики: когнитивной и аффективной сферы, сенсорики и моторики, внимания, памяти, речи, мышления.

В настоящее время становится все более понятным, что детский аутизм не является проблемой одного только детского возраста. Трудности коммуникации и социализации меняют форму, но не уходят с годами, и помощь, поддержка должны сопровождать человека с аутизмом всю жизнь.

Как наш опыт, так и опыт других специалистов показывает, что, несмотря на тяжесть нарушений, в части (по некоторым данным, в четверти, по другим - в трети) случаев возможна успешная социализация таких людей - приобретение навыков самостоятельной жизни и овладение достаточно сложными профессиями. Важно подчеркнуть, что даже в самых тяжелых случаях упорная коррекционная работа всегда дает положительную динамику: ребенок может стать более адаптированным, общительным и самостоятельным в кругу близких ему людей.

## 6.2. Причины развития детского аутизма

Поиски причин шли по нескольким направлениям. Как уже упоминалось, первые обследования аутичных детей не дали свидетельств повреждения их нервной системы. Кроме того, доктор Каннер отметил некоторые общие черты их родителей: высокий интеллектуальный уровень, рациональный подход к методам воспитания. В результате в начале 50-х годов нашего столетия возникла гипотеза о психогенном (возникшем в результате психической травмы) происхождении отклонения. Наиболее последовательным ее проводником был австрийский психотерапевт доктор Б. Беттельхейм (B. Bettelheim), основавший в США известную детскую клинику. Нарушение развития эмоциональных связей с людьми, активности в освоении окружающего мира он связывал с неправильным, холодным отношением родителей к ребенку, подавлением его личности. Таким образом, ответственность за нарушение развития «биологически полноценного» ребенка возлагалась на родителей, что часто было для них причиной тяжелых психических травм.

Сравнительные исследования семей с детьми, страдающими ранним детским аутизмом, и семей с детьми, обладающими другими нарушениями развития, показали, что аутичные дети пережили не больше психотравмирующих ситуаций, чем другие, а родители аутичных детей зачастую даже более заботливы и преданны им, чем родители других «проблемных» детей. Таким образом, гипотеза о психогенном происхождении раннего детского аутизма не получила подтверждения.

Более того, современные методы исследования выявили множественные

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

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.

Как видим, учет этиологии совершенно необходим для организации лечебной и учебной работы. Тем не менее, для детей с синдромом раннего детского аутизма различной этиологии основные моменты клинической картины, общая структура нарушения психического развития, а также проблемы, стоящие перед их семьями, остаются общими.

### 6.3. Особенности психического развития аутичного ребенка

Специалист, работающий с аутичным ребенком, должен представлять себе не только клинические признаки, не только биологические причины детского аутизма, но и логику развития этого странного 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.

Следует подчеркнуть, что хотя «в центре» синдрома стоит аутизм как неспособность установления эмоциональных связей, как трудности коммуникации и социализации, не менее характерным для него является нарушение развития всех психических функций. Именно поэтому, как мы уже

упоминали, в современных классификациях детский аутизм включается в группу первазивных, т. е. всепроникающих, расстройств, проявляющихся в аномальном развитии всех областей психики: интеллектуальной и эмоциональной сфер, сенсорики и моторики, внимания, памяти, речи.

Рассматриваемое нарушение не является простой механической суммой отдельных трудностей - здесь просматривается единая закономерность дизонтогенеза, охватывающая все психическое развитие ребенка. Дело не только в том, что нарушается или задерживается нормальный ход развития, - оно явно искажается, идет «куда-то не в ту сторону». Пытаясь осмыслить его по законам обычной логики, мы все время встаем перед непонятной парадоксальностью его картины. Эта парадоксальность выражается в том, что при случайных проявлениях как способности к восприятию сложных форм, так и ловкости в движениях, а также умения говорить и многое понимать, такой ребенок не стремится использовать свои возможности в реальной жизни, во взаимодействии со взрослыми и другими детьми. Эти способности и умения находят свое выражение лишь в сфере странных стереотипных занятий и специфических интересов подобного ребенка.

Вследствие этого, ранний детский аутизм имеет репутацию одного из самых загадочных нарушений развития. Многие годы продолжаются исследования по выявлению центральной психической дефицитарности, которая может явиться первопричиной возникновения сложной системы характерных психических расстройств. Первым возникло, казалось бы естественное, предположение о снижении у аутичного ребенка потребности в

общении. Однако затем стало ясно, что хотя такое снижение и может нарушить развитие эмоциональной сферы, обеднить формы коммуникации и социализации, им одним невозможно объяснить все своеобразие картины поведения, например стереотипность, таких детей.

Более того, результаты психологических исследований, семейный опыт, наблюдения профессионалов, занимающихся коррекционным обучением, говорят о том, что упомянутое предположение вообще не соответствует действительности. Человек, тесно контактирующий с аутичным ребенком, редко сомневается в том, что тот не только хочет быть вместе с людьми, но и может глубоко привязываться к ним. Существуют экспериментальные данные, свидетельствующие о том, что человеческое лицо столь же эмоционально значимо для такого ребенка, как и для любого другого, но вот глазной контакт он выдерживает гораздо менее длительно, чем все остальные. Именно поэтому его взгляд производит впечатление прерывистого, загадочно ускользающего.

Несомненно, также и то, что таким детям действительно трудно понимать других людей, воспринимать от них информацию, учитывать их намерения, чувства, трудно вступать во взаимодействие с ними. Согласно современным представлениям, аутичный ребенок все-таки скорее не может, чем не хочет общаться. Опыт работы показывает также, что ему трудно взаимодействовать не только с людьми, но и со средой в целом. Именно об этом говорят множественные и разнообразные проблемы аутичных детей: у них нарушено пищевое поведение, ослаблены реакции самосохранения, практически

отсутствует исследовательская активность. Налицо тотальная дезадаптация в отношениях с миром.

Попытки рассмотреть патологию одной из психических функций (сенсомоторной, речевой, интеллектуальной и др.) как первопричину развития детского аутизма также не привели к успеху. Нарушения какой-либо одной из этих функций могли объяснить лишь часть проявлений синдрома, но не позволяли понять его общую картину. Мало того, оказалось, что всегда можно найти типично аутичного ребенка, для которого характерны другие, но не данные трудности.

Становится все более ясным, что речь следует вести не о нарушении отдельной функции, а о патологическом изменении всего стиля взаимодействия с миром, трудностях в организации активного приспособительного поведения, в использовании знаний и умений для взаимодействия со средой и людьми. Английская исследовательница У. Фрит (U. Frith) считает, что у аутичных детей нарушено понимание общего смысла происходящего, и связывает это с некой центральной когнитивной дефицитарностью. Мы же полагаем, что это связано с нарушением развития системы аффективной организации сознания и поведения, ее основных механизмов - переживаний и смыслов, определяющих взгляд человека на мир и способы взаимодействия с ним.

Попытаемся проследить, почему и как возникает данное нарушение. Биологическая недостаточность создает особые патологические условия, в которых живет, развивается и к которым вынужденно приспособливается 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.

Имея в виду все сказанное выше, мы можем теперь подойти к пониманию того, каковы конкретные источники как собственно аутизма, так и стереотипности в поведении ребенка.

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.

Стереотипность тоже вызывается необходимостью взять под контроль контакты с миром и оградить себя от дискомфортных впечатлений, от страшного. Другая причина - ограниченная способность активно и гибко взаимодействовать со средой. Иначе говоря, ребенок опирается на стереотипы потому, что может приспосабливаться только к устойчивым формам жизни.

В условиях частого дискомфорта, ограниченности активных положительных контактов с миром обязательно развиваются особые патологические формы компенсаторной аутоstimуляции, позволяющие такому ребенку поднять свой тонус и заглушить дискомфорт. Наиболее ярким примером являются однообразные движения и манипуляции с объектами, цель которых - воспроизведение одного и того же приятного впечатления.

Формирующиеся установки аутизма, стереотипности, гиперкомпенсаторной аутоstimуляции не могут не исказить весь ход психического развития ребенка. 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.

Так, в развитии моторики задерживается формирование навыков бытовой адаптации, освоение обычных, необходимых для жизни, действий с предметами. Вместо этого активно пополняется арсенал стереотипных движений, таких манипуляций с предметами, которые позволяют получать необходимые стимулирующие впечатления, связанные с соприкосновением, изменением положения тела в пространстве, ощущением своих мышечных связок, суставов и т. д. Это могут быть взмахи рук, застывания в определенных

странных позах, избирательное напряжение отдельных мышц и суставов, бег по кругу или от стены к стене, прыжки, кружение, раскачивание, карабкање по мебели, перепрыгивание со стула на стул, балансировка;

стереотипные действия с объектами: ребенок может неумышленно трясти веревочкой, стучать палкой, рвать бумагу, раслаивать на нитки кусочек ткани, передвигать и вертеть предметы и т. п.

Такой ребенок предельно неловок в любом совершаемом «для пользы» предметном действии - и в крупных движениях всего тела, и в тонкой ручной моторике. Он не может подражать, схватывая нужную позу; плохо управляет распределением мышечного тонуса: тело, рука, пальцы могут быть слишком вялы или слишком напряжены, движения слабо координируются, не усваивается их временная последовательность. В то же время он может неожиданным образом проявить исключительную ловкость в своих странных действиях: переноситься, как акробат, с подоконника на стул, удерживать равновесие на спинке дивана, на бегу крутить на пальце вытянутой руки тарелку, выкладывать орнамент из мелких предметов или спичек...

В развитии восприятия такого ребенка можно отметить нарушения ориентировки в пространстве, искажения целостной картины реального предметного мира и изощренное вычленение отдельных, аффективно значимых, ощущений собственного тела, а также звуков, красок, форм окружающих вещей. Обычны стереотипные надавливания на ухо или глаз, обнюхивание, облизывание предметов, перебирание пальцами перед глазами, игра с бликами, тенями.

Характерно и наличие более сложных форм сенсорной аутоstimуляции; Ранний интерес к цвету, пространственным формам может проявиться в увлечении выкладыванием орнаментальных рядов, причем этот интерес может отразиться даже в развитии речи ребенка. Его первыми словами могут быть далеко не самые нужные обычному малышу названия сложных оттенков цветов и форм - например «бледнозолотистый», или «параллелепипед». В двухлетнем возрасте ребенок может всюду выискивать форму шара или очертания знакомых ему букв и цифр. Его может поглощать конструирование - он будет засыпать за этим занятием, а проснувшись, увлеченно продолжать соединять все те же детали. Очень часто уже до года проявляется страстное увлечение музыкой, причем у ребенка может обнаружиться абсолютный музыкальный слух. Порой он рано обучается пользоваться проигрывателем, безошибочно, по непонятным признакам, выбирает из груды нужную ему пластинку и снова, и снова прослушивает ее...

Ощущения света, цвета, формы, своего тела приобретают самоценность. В норме они являются прежде всего средством, основой для организации двигательной активности, а для аутичных детей становятся объектом самостоятельного интереса, источником аутоstimуляции. Характерно, что даже в аутоstimуляции такой ребенок не вступает в свободные, гибкие отношения с миром, не осваивает его активно, не экспериментирует, не ищет новизны, а стремится постоянно повторять, воспроизводить одно и то же, однажды запавшее ему в душу, впечатление.

Речевое развитие аутичного ребенка отражает сходную тенденцию. При общем нарушении развития целенаправленной коммуникативной речи возможно увлечение отдельными речевыми формами, постоянная игра звуками, слогами и словами, рифмирование, пение, коверканье слов, декламация стихов и т. п.

Ребенок зачастую вообще не может направленно обратиться к другому человеку, даже просто позвать маму, попросить ее о чемто, выразить свои нужды, но, напротив, способен рассеянно повторять: «луна, луна, выгляни из-за туч», или: «почем лучок», чисто произносить интересные по звучанию слова: «охра», «суперимпериализм» и т. д. Используя для дела только скудный набор речевых штампов, он может одновременно проявлять острую чувствительность к речевым формам, словам как таковым, засыпать и просыпаться со словарем в руках. Для аутичных детей обычно пристрастие к рифмам, стихам, чтению их наизусть «километрами». Музыкальный слух и хорошее чувство речевой формы, внимание к высокой поэзии - это то, что поражает всех, кто близко сталкивается с ними в жизни.

Таким образом, то, что в норме является основой организации речевого взаимодействия, становится объектом особого внимания, источником аутостимуляции - и снова мы не видим активного творчества, свободной игры с речевыми формами. Так же, как моторные, развиваются и речевые стереотипии (однообразные действия), позволяющие снова и снова воспроизводить одни и те же необходимые ребенку впечатления.

В развитии мышления таких детей отмечаются огромные трудности

произвольного обучения, целенаправленного разрешения реально возникающих задач. Специалисты указывают на сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую, связывая их с трудностями обобщения и с ограниченностью в осознании подтекста происходящего, одноплановостью, буквальностью его трактовок. Такому ребенку сложно понять развитие ситуации во времени, развести в последовательности событий причины и следствия. Это очень ярко проявляется при пересказе учебного материала, выполнении заданий, связанных с сюжетными картинками. Исследователи отмечают проблемы с пониманием логики другого человека, учетом его представлений, намерений.

Как нам представляется, в случае детского аутизма не следует вести речь об отсутствии отдельных способностей, например способности к обобщению, к пониманию причинно-следственных отношений или к планированию. В рамках стереотипной ситуации многие аутичные дети могут обобщать, использовать игровые символы, выстраивать программу действий. Однако они не в состоянии активно перерабатывать информацию, активно использовать свои способности, с тем чтобы приспособливаться к ежесекундно меняющемуся миру, непостоянству намерений другого человека.

Для аутичного ребенка мучителен отрыв символа от привычной игры: это разрушает требующееся ему постоянство в окружающем мире. Мучительна для него и необходимость постоянной гибкой корректировки собственной программы действий. Само предположение о существовании подтекста, расшатывающего устойчивый смысл ситуации, вызывает у него страх.

Неприемлемо для него наличие у партнера собственной логики, постоянно ставящей под угрозу намеченную им самим перспективу взаимодействия.

В то же время в ситуации полного контроля над происходящим у таких детей может развиваться стереотипная игра отдельными мыслительными операциями разворачивание одних и тех же схем, воспроизведение каких-то счетных действий, шахматных композиций и т. п. Эти интеллектуальные игры бывают достаточно изощренными, но они тоже не являются активным взаимодействием со средой, творческим решением реальных задач, и лишь постоянно воспроизводят приятное для ребенка впечатление легко совершаемого умственного действия.

При столкновении с реальной проблемой, решения которой он не знает заранее, такой ребенок чаще всего оказывается несостоятельным. Так, ребенка, упивающегося проигрыванием шахматных задач из учебника, воспроизведением классических шахматных композиций, ставят в тупик ходы самого слабого, но реального партнера, действующего по своей, не известной заранее, логике.

И, наконец, мы должны рассмотреть наиболее яркие проявления синдрома в виде непосредственных реакций ребенка на собственную дезадаптацию. Речь идет о так называемых поведенческих проблемах: нарушении самосохранения, негативизме, деструктивном поведении, страхах, агрессии, самоагрессии. Они возрастают при неадекватном подходе к ребенку (равно как усиливается при этом аутостимуляция, отгораживающая его от реально происходящих событий) и, наоборот, уменьшаются при выборе

доступных для него форм взаимодействия.

В клубке поведенческих проблем трудно выделить самую значимую. Начнем поэтому с наиболее очевидной - с активного негативизма, 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.

Так же трудно понять и принять необходимость для ребенка детального соблюдения освоенного им стереотипа жизни. Почему, в конце концов, нельзя переставить мебель, пройти к дому другой, более удобной дорогой, послушать новую пластинку? почему он не прекращает трясти руками? сколько можно говорить об одном и том же, задавать одни и те же вопросы? почему любая новизна встречается в штыки? почему взрослому нельзя говорить на какие-то темы, произносить определенные слова? почему маме строго запрещается уходить из дома, отвлекаться на разговор с соседкой, иногда даже закрывать за

собой дверь? - вот типичные вопросы, которые постоянно возникают у его близких.

Парадоксально, но именно решительная борьба с этими нелепостями, этим рабством, в которое попадают близкие, способна сделать взрослого игрушкой в стереотипной аугостимуляции такого ребенка. Через некоторое время у взрослого может возникнуть ощущение, что его специально дразнят, провоцируют на вспышки возмущения. Ребенку как будто нравится делать все назло, он как бы сознательно вызывает гневные реакции и отшлифовывает способы их провокации. Складывается мучительный замкнутый круг, и вырваться из этой ловушки бывает очень непросто.

Огромную проблему составляют страхи ребенка. Они могут быть непонятны окружающим, будучи непосредственно связанными с особой сенсорной ранимостью таких детей. Испытывая страх, они зачастую не умеют объяснить, что именно их пугает, но много позже, при установлении Эмоционального контакта и развитии способов коммуникации, ребенок может рассказать, например, о том, что в четырехлетнем возрасте его крики ужаса и невозможность войти в собственную комнату были связаны с непереносимо резким лучом света, падающим из окна на плинтус. Его могут пугать объекты, издающие резкие звуки: урчащие трубы в ванной, бытовые электроприборы; возможны особые страхи, связанные с тактильной сверхчувствительностью, такие как непереносимость ощущения от дырки на колготках или незащищенности высунувшихся из-под одеяла голых ножек.

Часто страхи возникают из-за склонности ребенка слишком остро

реагировать на ситуации, в которых присутствуют признаки реальной угрозы, инстинктивно узнаваемые каждым человеком. Так возникает и закрепляется, например, страх умывания: взрослый долго и тщательно моет лицо ребенка, захватывая одновременно его рот и нос, что затрудняет дыхание. Подобного же происхождения и страх одевания: голова застревает в вороте свитера, что рождает острое ощущение дискомфорта. Летом такого ребенка пугают бабочки, мухи и птицы из-за их резкого встречного движения; лифт создает у него ощущение опасности из-за стесненности в небольшом замкнутом пространстве. И тотален страх новизны, нарушений сложившегося стереотипа жизни, неожиданного развития ситуации, собственной беспомощности в непривычных условиях.

Когда такому ребенку плохо, он может стать агрессивным по отношению к людям, вещам и даже самому себе. По большей части его агрессия не направлена ни на что специально. Он просто в ужасе отмахивается от "наступления" на него внешнего мира, от вмешательства в его жизнь, от попыток нарушить его стереотипы. В специальной литературе это описывается с помощью термина «генерализованная агрессия» - т. е. агрессия как бы против всего мира. Однако безадресный характер не снижает ее интенсивности - это могут быть взрывы отчаяния чрезвычайной разрушающей силы, сокрушающие все вокруг.

Однако крайним проявлением отчаяния и безысходности оказывается самоагрессия, часто представляющая действительную физическую опасность для ребенка, поскольку может вызвать его самоповреждение. Мы уже говорили

о том, что мощным средством защиты, экранирования от травмирующих впечатлений является аутостимуляция. Нужные впечатления достигаются чаще всего раздражением собственного тела: они заглушают неприятные впечатления, идущие из внешнего мира. В угрожающей ситуации интенсивность аутостимуляции нарастает, она приближается к болевому порогу и может перейти через него.

Как и почему это происходит, мы можем понять исходя из собственного опыта. Чтобы заглушить отчаяние, мы сами иногда готовы биться головой об стенку - переживая нестерпимую душевную боль, мы стремимся к боли физической, лишь бы не думать, не чувствовать, не понимать. Однако для нас это экстремальный опыт, а аутичный ребенок может переживать такие минуты ежедневно - раскачиваясь, он начинает биться обо что-нибудь головой; нажимая на глаз, делает это так сильно, что рискует повредить его; ощущая опасность, начинает бить, царапать, кусать себя.

Надо сказать, что, в отличие от поведенческих особенностей других детей, здесь проблемы могут годами проявляться в одной и той же, неизменной, форме. С одной стороны, это дает возможность предсказывать развитие событий и избегать возможного срыва в поведении ребенка с другой же - придает особый мучительный оттенок переживаниям близких: они не могут вырваться из замкнутого круга одних и тех же проблем, включены в последовательность повторяющихся событий, вынуждены постоянно преодолевать все те же трудности.

Таким образом, мы видим, что аутичный ребенок проходит сложный путь

искаженного развития. Однако в общей картине мы должны научиться видеть не только его проблемы, но и возможности, потенциальные достижения. Они могут предстать перед нами в патологической форме, но, тем не менее, мы должны узнать их и использовать в коррекционной работе. С другой стороны, необходимо распознавать и противодействующие нашим усилиям защитные установки и привычки ребенка, стоящие на пути его возможного развития.

#### 6.4. Вопросы для самоконтроля

- 1) Что такое аутизм?
- 2) Кем и когда было открыто данное патологическое состояние?
- 3) В чем проявляется ранний детский аутизм?

#### 6.5. Задания для практики

Необходимо решить задания теста:

1. Раннему детскому аутизму преимущественно свойственны ... .
  - а) недостаточность функций целеполагания, программирования;
  - б) нарушения интеллектуальной деятельности;
  - в) отгороженность от внешнего мира, отсутствие контактов с окружающими;
  - г) конкретное и ситуативное мышление.
2. Психологическая коррекция при РДА направлена на ... .
  - а) преодоление негативизма и установление контакта с ребенком;
  - б) преодоление у ребенка сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, беспокойства, страхов;

в) стечение агрессии;

г) преодоление тревожности.

3. Клиническая картина детского аутизма представляет собой комплексное симптомное проявление дисфункции головного мозга, выражающееся в

а) патологической инертности;

б) нарушении критичности;

в) неадекватности реакций на действие раздражителей;

г) незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

4. Феномен тождества, проявляющийся в стремлении к сохранению привычного постоянства, характерен для ... .

а) речевых нарушений;

б) раннего детского аутизма;

в) задержки психического развития;

г) умственной отсталости.

5. При искаженном развитии ставится диагноз ... .

а) амблиопия;

б) ранний детский аутизм;

в) умственная отсталость;

г) заикание.

6. Ученым, занимающимся проблемами детей с ранним детским аутизмом, является ... .

а) З. Фрейд;

б) И.П. Павлов;

- в) Д. Векслер;
- г) О.С. Никольская.

#### 6.6. Глоссарий по теме 6

Ранний детский аутизм - это расстройство, возникающее вследствие нарушения развития мозга и характеризующееся отклонениями в социальном взаимодействии и общении, а также ограниченным, повторяющимся поведением.

#### 6.7. Использованные информационные ресурсы:

1. Гонеев А.Д., Лифинцева Н.И., Ялпаева Н.В. Основы коррекционной педагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А.Д. Гонеев. – изд. перераб. - М.: Издательский центр «Академия», 2010.
2. Кузнецова Л.В., Переслени Л.И., Солнцева Л.И. и др. Основы специальной психологии/Под ред. Л.В.Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2009.
3. Лубовский В.И., Розанова Т.В., Солнцева Л.И. и др. Специальная психология: учебное пособие / Под ред. В.И.Лубовского.6-ое изд., испр. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2005.

### **Лекция 7.**

**Диагностика психического развития при разных формах дизонтогенеза.**

Аннотация. В данной теме раскрываются задачи, принципы и методы изучения детей с нарушениями в развитии, процедура психологического исследования. Особое внимание уделяется методикам исследования мышления и речи. Приведена схема составления психологического заключения.

Ключевые слова. Психолого-педагогическое исследование, методы, заключение, уровень развития, мышление, речь и т.д.

Методические рекомендации по изучению темы. Вначале необходимо изучить теоретическую часть с определением основных понятий. После этого следует ответить на теоретические вопросы и решить практические задания, приведенные в конце темы. Для контроля усвоения материала необходимо пройти тестирование по данной теме. Вопросы, возникшие при изучении данной темы, можно обсудить в разделе Обсуждений.

### 7.1. Общие вопросы диагностики психического развития детей

Общие знания о специфических расстройствах в развитии детей указывают на основные моменты, существенные для оценки состояния детей с определенным типом проблем, клиническое изучение рассматривает их в отношении конкретного ребенка и его семьи.

Обследование ребенка – это более сложный процесс, чем проведение интервью или тестирования. Конечной целью процесса принятия решений при обследовании является эффективное разрешение проблем, стоящих перед

детьми и их семьями, социальная адаптация и улучшение общей атмосферы в семье.

Значение изучения ребенка заключается в том, что оно приводит к практическим и эффективным мерам.

Интенсификация учебного процесса, повышение требований к интеллектуальным способностям детей и одновременное ухудшение состояния здоровья детского населения, делают необходимым разработку специальной диагностики, направленной на контроль за ходом психологического развития ребенка. При этом необходимо иметь в виду, что, чем раньше будет начинаться школьное обучение, чем сложнее оно будет, тем у большего числа детей будут обнаруживаться недочеты, связанные с предшествующим развитием. Следовательно, контроль за процессами развития должен быть особенно тщательным для того, чтобы исправление отклонений в развитии начиналось как можно раньше.

В отечественной детской психологии установлено, что каждый возрастной период характеризуется определенной социальной ситуацией развития, то есть специфичным отношением ребенка к действительности, прежде всего к социальной действительности, активным взаимоотношением с определенными ее сторонами; ведущим типом деятельности, в котором осуществляется интенсивное овладение ребенком этими сторонами действительности; основными новообразованиями, возникающими на данной основе и характеризующими общую организацию сознания к концу каждого периода, приводящую к распаду социальной ситуации развития и

возникновению нового типа деятельности.

При таком понимании процесса психического развития его диагностика должна строиться на совершенно иных принципах, чем это было раньше. Прежде всего, содержание диагностируемых сторон психического развития в каждом отдельном возрастном периоде должно отражать уровень сформированности и прогноз дальнейшего развития ведущего типа деятельности, ее основных структурных компонентов; уровень сформированности и прогноз развития основных новообразований в умственном и мотивационном развитии. Точкой отсчета для определения развития в каждый данный момент выступает уровень, достигаемый к концу периода в оптимальных условиях обучения и воспитания. Таким образом, для каждого возрастного периода должна существовать особая по содержанию система диагностируемых сторон психического развития: одна для школьного периода развития, другая – для младшего школьного возраста и, наконец, третья – для подросткового периода развития.

Так, для диагностики развития дошкольного возраста должен быть установлен уровень сформированности игровой деятельности – ее основных структурных компонентов (использование переноса значений с одного предмета на другой, соотношение роли и правила, уровень подчинения правилу игры) и некоторых сторон психического развития (наглядно-образное мышление, общие познавательные мотивы, соотношение зрительного и смыслового поля, использование символических средств, развитие общих представлений).

Для младшего школьного возраста содержание диагностируемых сторон

развития должно быть другим. В него следует включить диагностику уровней сформированности: учебной деятельности, ее основных структурных компонентов (выделенность учебных действий и степень их сформированности, уровень развития действий контроля и оценки), а также основных новообразований (выделенность способов, общих для решения определенного типа задач, и их осознание, уровень развития внутреннего плана действий, уровень развития обобщений и понятий).

Для диагностики психического развития в переходные периоды (от дошкольного к школьному возрасту) в исследование нужно включать данные как по новообразованию дошкольного возраста, так и по начальным формам деятельности следующего периода, а также о проявлении и уровне развития симптомов, характеризующих наступление переходного периода. Для данного переходного периода это – потеря непосредственности в социальных отношениях, обобщение переживаний, связанных с оценкой, особенности самоконтроля.

Таким образом, диагностика строится на основе не искусственно выделенных отдельных психических процессов или функций (восприятие, внимание, память), а определенных единиц деятельности. Это придает значительно большую конкретность исследованию, а главное – возможность намечать способы коррекционно-педагогической работы при обнаружении отставания тех или иных сторон развития.

## 7.2. Задачи и принципы изучения детей с нарушениями в развитии

Психологическое исследование детей с нарушениями в развитии является частью медико-психолого-педагогического изучения ребенка, что обеспечивает всестороннюю оценку особенностей его развития. Идея комплексного подхода к изучению ребенка становится реальной при оптимальном сотрудничестве специалистов различного профиля, участвующих в диагностической и коррекционной работе с детьми. При этом предполагается решение следующих задач:

– определение содержания и прикладной ценности клинико-психопатологического, экспериментально-психологического и психолого-педагогического методов диагностики. Ценность вклада каждого из перечисленных методов в формирование диагностической версии определяется не столько их содержательной спецификой, сколько спецификой объекта диагностики. В частности, если речь идет о вероятном процессуальном заболевании ребенка, то возрастает роль патопсихологического обследования, которое должно выявить дифференциально-диагностические признаки. Если необходимо квалифицировать структуру дефекта и определить степень интеллектуального недоразвития, приоритетное значение имеют данные клинико-психологического обследования. При определении характера и нарушений учебной деятельности ребенка наибольший вклад следует ожидать от психолого-педагогического анализа;

– разработка методических основ для реализации принципа «диагностика как этап коррекции». Сущность этого принципа состоит в необходимости

осмысления любой диагностической задачи в контексте оптимизации коррекционной помощи ребенку. Такая диагностика должна осуществляться вне зависимости от квалификации психических расстройств и охватывать все наиболее важные сферы психосоциальной активности ребенка (игровая и учебная деятельность, взаимоотношения с окружающими, особенности поведения). Максимальная индивидуализация конкретных проблем ребенка, установление их иерархической структуры в каждом отдельном случае позволяют определить приоритеты в коррекционной работе, повысить точность и эффективность тех или иных воздействий;

– разработка процедуры «диагностического консилиума». Имея один и тот же объект приложения своих профессиональных знаний, дефектолог, психолог, детский психиатр, психотерапевт и другие специалисты часто склонны к определенной автономизации оценок наблюдаемых ими особенностей ребенка и узкопрофессиональной их интерпретации. Успешность коррекционной работы зависит от целостного представления о ребенке, исходящего из принципов личностного подхода к диагностике и организационно опирающегося на функциональный диагноз. Достижение такого уровня оценки возможно в структуре специально организованного консилиума, позволяющего осуществить обмен диагностической информацией и отработать оптимальные приемы профессионального взаимодействия.

Для диагностики нарушений психического развития ребенка существенное значение имеют сведения, характеризующие состояние нервной системы ребенка, его соматическое и психическое развитие, уровень навыков и

знаний, которыми должен владеть ребенок определенного возраста и т.д. Это связано с тем, что нарушения психического развития у детей могут быть обусловлены разными причинами биологического и социального характера и могут проявляться как самостоятельное нарушение или как симптом в синдроме нервных и нервно-психических заболеваний.

Диагностика – это анализ информации и выводы о природе и причинах проблем, или постановка формального диагноза. Термин «диагноз» имеет два значения. Нозологический (таксономический) диагноз фокусируется на формальном отнесении случая к конкретной категории из системы классификации заболеваний. Во втором случае имеет место более широкое понимание диагноза как анализа проблем, при этом диагностика рассматривается как процесс сбора информации и используется для понимания природы проблем ребенка, их возможных причин, выбора методов терапии и оценки результатов. Это более широкий взгляд на диагностику синонимичен термину «обследование» и такая диагностика возможна в ходе психологического изучения ребенка.

Задачами психологического изучения являются:

- выявление и квалификация особенностей психического развития детей, определение характера дефекта развития;
- определение потенциальных возможностей и установление ориентировочных сроков компенсации дефекта развития в условиях специального обучения и воспитания, т.е. выявление возможности компенсировать дефект за счет сохранных функций;

– определение оптимального пути обучения и тип учебного учреждения для детей с нарушениями в развитии.

Психологическое изучение играет важную роль в обосновании организации учебной и коррекционно-воспитательной работы с детьми, нуждающимися в специальных условиях обучения, т.к. раскрывает характерные особенности усвоения ими знаний, умений, навыков и условия формирования положительных качеств личности.

В диагностике развития ребенка принимают участие врачи – психоневрологи, отоларингологи, офтальмологи и т.д., психологи, педагоги – дефектологи, логопеды.

Психологическое исследование проводится с учетом данных медицинского обследования. Этим обеспечивается тесная взаимосвязь специалистов, комплексный подход к изучению ребенка. Принцип комплексности в обследовании является первостепенным при психолого-педагогическом изучении детей.

Для изучения психических явлений во времени, с учетом их динамики важным является принцип развития. Реализация принципа развития в психологическом изучении предполагает исследование условий возникновения психических нарушений, выявление тенденций нарушений развития и качественного характера этих изменений, а также обнаружение факторов компенсации этих нарушений. Сведения такого характера могут быть получены при изучении анамнеза ребенка и при экспериментальном исследовании. Опираясь на принцип развития, психологическое исследование может

предсказывать с той или иной степенью вероятности спонтанные изменения психического явления или изменения под влиянием специального обучения ребенка.

Выделение Л.С. Выготским системы дефектов (первичный, вторичный и т.п.) и их иерархии в значительной степени определило системный подход к изучению детей, который необходим для поиска связей между нарушениями психического развития, анализ динамических изменений этих связей в процессе развития. Разработка системного подхода легла в основу принципа системно-динамического изучения. Этот принцип предполагает установление иерархии в нарушении психического развития, а также анализ каждой из структур психической деятельности ребенка.

Принципиально важным при психологическом изучении ребенка является вопрос о критериях оценки результатов исследования. Акцентирование внимания на анализе процесса выполнения задания и характера действий ребенка подчинен принципу качественного анализа. Качественный анализ позволяет выяснить, проявляется ли тот или иной дефект на элементарном уровне, или же он связан с нарушениями более высокого порядка организации психической деятельности, а также показывает, является ли данный симптом первичным результатом нарушения в психическом развитии или вторичным следствием какого-либо первичного дефекта.

### 7.3. Методы изучения детей с нарушениями развития

Методы изучения детей с особыми потребностями разнообразны и в основном совпадают с методами изучения детей с нормальным развитием, однако имеют свою специфику.

а) Изучение документации ребенка. Задача изучения документации – сбор анамнестических данных и составление представления об истоках аномального развития. В комплексном изучении ребенка каждый из специалистов должен уметь «читать» документацию своих коллег и черпать из нее сведения, которые необходимы ему для составления полной картины истории развития ребенка. Для психологического изучения ребенка такие сведения можно получить из выписки из истории развития ребенка, которая должна содержать заключения:

- педиатра;
- психиатра, невропатолога с обоснованным медицинским диагнозом;
- оториноларинголога с характеристикой состояния;
- офтальмолога с характеристикой состояния зрения;
- ортопеда (для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата).

Материалы подробной выписки ориентируют психолога и формируют исходные предпосылки для выявления направления исследования психических функций.

Важным документом является педагогическая характеристика ребенка, отражающая данные о продолжительности его обучения и воспитания в школе и детском саду, подробный анализ успеваемости, поведения, мероприятия,

проведенные для повышения успеваемости (индивидуальная работа, лечение и т.д.). Эти данные станут полезными при исследовании обучаемости ребенка и прогнозировании темпов его развития.

б) Изучение продуктов деятельности ребенка. Анализируя конечный результат (детские рисунки, поделки, учебные работы: диктанты, упражнения, решение задач и т.п.), можно понять особенности работы ребенка и составить представление о его воображении, сформированности зрительных представлений, развитии мелкой моторики, степени сформированности у ребенка навыков учебной деятельности и др.

Для правильной оценки достижений ребенка необходимо знать:

- психологические механизмы получения того или иного результата, условия, в которых он получен;
- типичные затруднения в усвоении знаний для разных групп школьников;
- особенности развития данного навыка в процессе обучения;
- методы, позволяющие обнаруживать подлинные причины затруднений на каждом этапе обучения.

в) Метод наблюдения. Наблюдение позволяет судить о состоянии тех или иных психических функций в процессе спонтанной деятельности ребенка при минимальном вмешательстве со стороны наблюдающего. Наиболее важными видами наблюдения при психологическом изучении ребенка является наблюдение за игрой, поведением, общением и состоянием работоспособности ребенка. Начиная обследование ребенка с наблюдения за игрой, можно

расположить ребенка к себе и ситуации обследования, постепенно перейти к экспериментальным методикам.

г) Метод беседы. Беседа – метод сбора информации о психических явлениях в процессе личного общения по специально составленной программе. При изучении детей метод беседы используется в двух направлениях: беседа с родителями (учителями, воспитателями) с целью сбора анамнестических данных и беседа с ребенком с целью установления контакта с ним и составления общего представления о его развитии. Это исходный этап знакомства, от которого зависит установление контакта с ребенком и очень важный метод, потому что многие дети с отклонениями в развитии имеют негативный опыт общения со взрослыми.

д) Метод эксперимента предполагает сбор фактов в специально смоделированных условиях, обеспечивающих активное проявление изучаемых явлений. Он может быть применен для изучения различных видов деятельности детей, выявления особенностей развития их личности и возможностей обучения. При проведении эксперимента ребенку предлагается по определенной инструкции выполнить задание, представляющее собой модель обычной интеллектуальной или любой другой деятельности.

Метод эксперимента, как и все другие методы, призван обеспечить выявление и негативных, и позитивных возможностей ребенка, кроме того, обеспечить получение сведений об обучаемости ребенка.

Определение способности к обучению – это определение резервов развития ребенка. Поэтому в ходе изучения ребенка особое значение имеет

обучающий эксперимент. Принцип обучающего эксперимента заключается в следующем: при проведении эксперимента избираются заведомо трудные для ребенка задания, а затем экспериментатор обучает ребенка решению задачи. Помощь экспериментатора строго регламентируется в виде фиксированных инструкций – кратких «уроков». В качестве показателя обучаемости учитывается:

- количество и качество помощи, необходимой для правильного выполнения задания (процесс формирования навыка);
- возможность и качество словесного отчета ребенком о проделанной работе;
- возможность переноса полученного навыка на новые условия.

Мера помощи связана с изменением степени сложности предлагаемой ребенку задания. Учитывая это, каждое из экспериментальных заданий может быть представлено как задание с несколькими степенями сложности. Понятие «степень сложности» включает:

- характеристику объема материала, с которым действует ребенок во время выполнения задания;
- степень участия экспериментатора в разъяснении ребенку пути выполнения задания;
- виды помощи, которые могут быть предложены ребенку в процессе выполнения задания (помощь стимулирующая, организующая, разъясняющая, наглядно-действенная, конкретная).

Помощью является стимуляция к действию (подумай, постарайся

сделать, у тебя получится); разъяснение сущности действия (например, при классификации: сюда будем откладывать все желтые, а сюда красные кружочки); введение наглядности при показе пути решения (экспериментатор выкладывает перед ребенком детали, необходимые для заданной конструкции, и начинает конструирование, предлагая ребенку продолжить действие); демонстрация образца (конкретная помощь) – выполнение задания с последующей репродукцией ребенком (например, экспериментатор сложил разрезную картинку, показал результат ребенку, разобрал конструкцию и предложил ребенку сделать то же самое).

При таком подходе к исследованию способы предъявления материала ребенку могут быть разнообразными, что обеспечивает постепенность изменения степени трудности задания и требований к ребенку. Это дает возможность ребенку перейти от элементарных к более сложным формам деятельности. Такая последовательность предъявления заданий позволяет определить степень сформированности того или иного действия. Результаты исследования покажут, способен ли ребенок вообще действовать в данной сфере деятельности, может ли решать поставленную задачу в обычных, или хотя бы облегченных условиях.

Полученные с помощью обучающего эксперимента данные могут быть использованы для первичной оценки обучаемости детей, для сравнения сдвигов в развитии при различных системах обучения. Они помогут обеспечить индивидуальный подход при обучении.

В процессе работы выделяются следующие этапы обучающего

эксперимента:

1. Введение ребенка в ситуацию эксперимента.
2. Сообщение содержания задания (инструкция).
3. Наблюдение за деятельностью ребенка при выполнении задания (решение задания) и оказание дозированной помощи.
4. Оценка результатов деятельности ребенка.

При оценке результатов деятельности фиксируется и анализируется принятие задачи ребенком, понимание им инструкции, возможность самостоятельного выполнения задания и возможность коррекции ошибок (контроль за деятельностью), обучаемость, факторы, влияющие на изменение результатов работы.

Резюмируя вышеизложенное, можно сказать, что анализ результатов изучения детей с особыми потребностями в обучении предполагает концентрацию внимания исследователя на анализе характера нарушений, возникающих при выполнении ребенком заданий, и учет условий эксперимента. Сюда относятся анализ истощения, наступающего в процессе выполнения ребенком экспериментального задания; учет темпа проведения эксперимента, характеризующего скорость нервных процессов, изменение объема предполагаемых задач или материала, с которым действует ребенок (что в случаях превышения доступных ребенку пределов вызывает запредельное торможение). Отражение этих результатов в заключении по результатам эксперимента позволяет получить объективные данные, характеризующие особенности аномального ребенка.

#### 7.4. Процедура психологического исследования

Психологическое исследование ребенка с особыми потребностями в обучении специфично по отношению к другим видам изучения, например к медицинскому, однако структура проведения этих исследований во многом совпадает. В целом комплексное обследование проводится по единой схеме, согласно которой меняется роль и участие каждого из специалистов при проведении отдельных разделов обследования.

Процедура психологического исследования включает 3 этапа:

1. Изучение жалоб и анамнестических сведений.
2. Непосредственное обследование ребенка.
3. Составление заключения по данным психологического обследования.

При проведении обследования на каждом этапе используются соответствующие методы (изучение документации, беседа и т.п.).

Для анамнестических сведений важным является анализ особенностей психического развития ребенка, эффективность работы по преодолению дефектов развития (если такая работа проводилась), реакция ребенка на дефект, обычное поведение ребенка, нетипичные проявления и характер ситуаций, влияющих на изменение поведения.

Применительно к психологическому изучению значимой является характеристика следующих параметров развития:

– сроки, то есть моменты времени начала и завершения разных этапов развития;

- характер, динамика, то есть последовательность моментов интенсивного и замедленного совершенствования навыков и умений;
- спонтанность – степень самостоятельности ребенка;
- результативность, то есть уровень развития ребенка к моменту обследования.

Эти параметры анализируются при изучении развития моторики и навыков самообслуживания, игры, интересов и познавательных способностей, общения, обучаемости.

Следует помнить, что многое о ребенке может сказать его внешний вид: осанка, походка, координация движений, взгляд, мимика лица и т.п. При снижении интеллекта, некоторых речевых нарушениях (ринололия, дизартрия) или при наличии комплексных дефектов внешний вид ребенка часто неблагоприятен. В качестве отклонений от нормального внешнего вида отмечаются невыразительное, маскообразное, амимичное лицо, отсутствие фиксированного взора, блуждающий взгляд, слюнотечение, неправильная форма или нестандартная величина головы, расщелины губы, неба, нарушение точности и координации движений при ходьбе.

При наблюдении следует отмечать, насколько быстро вступает ребенок в контакт и возможен ли контакт речевой. Нужно учитывать, ситуация ли исследования затрудняет установление контакта или же это несформированность средств общения.

Большую роль следует отводить анализу пути развития форм и средств общения ребенка с окружающими. Особое внимание нужно уделить анализу

первых трех лет жизни ребенка, так как в это время закладывается фундамент речевой деятельности. Для большинства детей с речевыми нарушениями характерно отставание сроков появления слов и фразовой речи. В таких случаях следует узнавать, как ребенок привлекал к себе внимание (использовал жесты, изменение силы голоса, крик, изменение эмоционального состояния и т.п.).

Слабую речевую интенцию отмечают у большинства детей при сниженном слухе, при психических отклонениях от нормы. Дети со сниженным интеллектом часто бывают говорливы, легко вступают в контакт с окружающими, хотя этот контакт по существу формален.

Активное стремление к речевому общению наблюдается у детей с сенсорной алалией. Однако эта тенденция сочетается у них с раздражительностью, эмоциональной лабильностью и часто – острой эмоциональной реакцией на ситуацию непонимания окружающими их речи.

При организации процесса взаимодействия с детьми выявление уровня общения имеет большое значение, так как при завышении требований к ребенку он может отказаться от общения.

Наблюдение за игрой ребенка проводится с детьми дошкольного возраста и младшего школьного возраста. В ситуации обследования ребенку предоставляется возможность самостоятельно выбрать игрушки и действовать с ними. При этом фиксируется наличие у него эмоциональной реакции на игрушки, желание играть ими, целенаправленность и адекватность действий.

В результате проведения первой части непосредственного исследования психического развития аномального ребенка в процессе наблюдения можно

установить реакцию ребенка на ситуацию обследования, оценить его поведение в этой ситуации и проследить некоторые особенности спонтанного поведения ребенка. Таким образом, на этом этапе работы психолога осуществляется ориентация в исследовании и определяется его стратегия и тактика.

#### 7.5. Методики исследования мышления и речи (по О.Н. Усановой)

К высшим психическим функциям относятся такие сложные по своему строению формы психической деятельности, как речь и мышление. Речь и мышление являются взаимобратными процессами. Развитие каждой из функций находится в прямо-пропорциональной зависимости от развития другой. По уровню развития речи можно судить об уровне развития мышления и наоборот.

Речь является сложной формой психической деятельности человека, социальной по происхождению и системной по строению. С одной стороны, речь в разной мере на разных этапах оказывается включенной в реализацию всех видов деятельности наряду и вместе с другими психическими процессами. С другой стороны, ее появление и совершенствование перестраивает психические процессы. В конечном итоге речь выступает организующей и связующей функцией по отношению ко всем психическим процессам. Любое речевое высказывание представляет собой речевое действие внутри целостного акта деятельности, являющейся мотивированной и целенаправленной. Оно складывается из программирования, осуществления программы и

последующего лексико-грамматического развертывания, в ходе которого реализуется ряд подэтапов: создание внутренней схемы высказывания, выбор слов по значению, грамматическое структурирование, нахождение полной формы слова, которое оформляется сначала кинетически, а затем – кинестетически. Нарушения речи могут возникать вследствие несформированности любого из уровней прохождения речевого высказывания.

Речь обеспечивает и социальную функцию – общение. В детском возрасте определяющее значение для коммуникации имеет устная речь. Основной формой устной речи является диалог, в котором реализуется разговорная речь и который представляет собой одно из важных средств коммуникации.

Уровень развития речи в значительной мере определяется сформированностью лексических средств, объемом и организацией словаря. Характеристика лексики является важной потому, что за ней стоит умение обозначать объекты, предметы, явления словом (номинативная функция речи) и степень обобщения (обобщающая функция речи).

Для осуществления речевого общения необходимо уметь выражать и передавать мысли. Этот процесс реализуется с помощью фраз, являющихся основной единицей речи. Группы слов, входящих во фразу, образуют смысловое единство. Порождение фразы происходит на основе смысловых и грамматических схем. Процесс грамматического структурирования может быть представлен как последовательное нахождение грамматической конструкции, определение места слова в синтаксической структуре и выбор его грамматических характеристик. При нарушениях развития речи трудности в

построении фразы и оперировании ею отчетливо наблюдаются. Это проявляется в аграмматизме (снижение набора употребляемых конструкций, их дефекте, нарушении грамматической формы слова).

Значительное место в речевом развитии должно быть уделено формированию звуков. Хотя сами звуки не являются единицами коммуникации, они необходимы для ее материального обеспечения.

Особое значение имеет развитие навыков приема информации. В некоторых случаях нарушения приема информации являются ведущими в структуре дефекта. Обеспечение полноценной коммуникации возможно лишь в условиях правильного понимания намерений говорящего, правильной оценки его сообщения. Нарушения понимания имеют место при тех речевых нарушениях, в основе которых лежит несформированность фонематического слуха, лексических значений, дефекты в вербальной памяти и затруднения в перешифровки логико-грамматических структур в систему знаний.

Таким образом, качественный анализ обследования речи позволяет описать лежащие в его основе нарушения и понять особенности развития мышления.

Мышление является особой формой психической деятельности, возникающей в тех случаях, когда задача требует предварительного анализа и синтеза ситуации и нахождения специальных вспомогательных операций, с помощью которых она может быть решена. Только при наличии мотивации человек приступает к деятельности. Таким образом, исходным в мыслительной деятельности является выделение задачи (цели в определенных условиях, в

которых необходимо сначала сориентироваться, чтобы наметить путь к достижению цели).

Вслед за выделением задачи наступает этап ориентировки в условиях задачи. На этом этапе осуществляется анализ входящих в условие компонентов, выделение наиболее существенных составляющих и соотнесение их друг с другом. Предварительная ориентировка в условии является необходимым условием всякой деятельности, так как без нее ни один акт деятельности не может быть качественно реализован.

Следующим этапом деятельности является выработка общей стратегии деятельности. Это выбор одного из альтернативных путей решения задачи, что делает некоторые ходы более вероятными и оттеняет все неадекватные варианты. В зависимости от ориентировки и выработки стратегии зависит следующая ступень мыслительной деятельности – подбор соответствующих средств и операций, которые адекватны выполнению общей схемы решения задачи. Этот этап называется выработка тактики и является исполнительным этапом. Исполнительный этап завершается нахождением ответа на поставленный вопрос. За ним следует этап сличения полученных результатов с исходными условиями задачи или осуществление контроля результатов решения задачи

Изучение развития детского мышления в онтогенезе показывает, что у ребенка последовательно возникают, развиваются, а затем тесно взаимодействуют между собой три основные формы мышления: наглядно-действенная, наглядно-образная и словесно-логическая.

Наглядно-действенное мышление является исходной ступенью умственного развития ребенка. На этом этапе ребенок решает несложные задачи путем внешних действий с предметами, что обеспечивает знакомство с ними. Получение новых сведений об объекте вызывает необходимость использования не только известных способов действия, но и построение новых. Так постепенно совершенствуются поисковые действия, появляются более рациональные способы решения практических задач, ребенок научается извлекать нужную информацию о своих ошибочных действиях с тем, чтобы корректировать их. Осуществляя практические действия, ребенок так или иначе преобразовывает объекты своей деятельности. В результате этого у ребенка формируются первичные обобщения, которые позволяют осуществить переход к действиям более высокого уровня.

Для реализации действий наглядно-образного мышления у ребенка формируются и совершенствуются умения различать планы реальных объектов и моделей, отражающих эти модели. С помощью таких моделей ребенок представляет скрытые стороны ситуации. При использовании моделей ребенок осуществляет действие на модели и переносит его на оригинал. Это создает предпосылки осуществления действий в плане представлений. Усвоение слов помогает формированию мыслительных действий с образцами предметов, а с развитием речи становится возможным решать задачи не только с помощью практических действий, но и в уме, оперируя представлениями о тех преобразованиях, которые необходимо совершить. На этом этапе развития речь

начинает играть роль вспомогательного средства мыслительной деятельности и приобретает функцию планирования решения. Это вполне понятно, потому что слово является не только элементом речи, но и элементом речевого мышления, так как в нем заключены все виды семантики: значение – общая единица речи, смысл и предметная отнесенность.

Завершающая стадия развития мышления – словесно-логическая. Большую роль в развитии логических форм мышления играет речь, которая на этой стадии становится орудием мышления, средством планирования и контроля. Овладевая словесно-логическим мышлением, ребенок начинает решать сложные познавательные задачи, у него формируется умение обосновывать и контролировать свои рассуждения и выводы. Ребенок становится способным решать задачи более обобщенно, так как к этому времени мыслительные операции становятся формализованными, взаимосвязанными и обратимыми, что выражается в возможности произвольно совершать любые мыслительные действия применительно как к конкретному, так и абстрактному материалу.

Таким образом, каждая форма мышления характеризуется своими особыми средствами и способами осуществления действий и выполняет специфические функции в общем процессе умственного развития детей.

Схематично это можно представить следующим образом: наглядно-действенное мышление: совершаю действие – получаю сведения об объекте – выявляю связи и свойства объекта; наглядно-образное мышление: вижу – знаю слово – действую на основе представлений; словесно-логическое мышление:

имею представление – знаю как называется – совершаю действие в умственном плане.

В процессе познания и развития мыслительной деятельности ребенок усваивает мыслительные операции: анализ, синтез, сравнение, обобщение, классификация, систематизация. Они являются основными компонентами мышления. Каждая из них выполняет определенную функцию в процессе мышления и находится в сложной связи с другими операциями.

Функцией анализа является расчленение целого на части и выделение отдельных элементов. Синтез служит средством объединения отдельных элементов, которые выделены в результате анализа. Сравнение помогает устанавливать сходство и различие отдельных объектов. Абстрагирование обеспечивает выделение ведущего признака. Обобщение – объединение предметов на основании ведущего признака. Классификация направлена на объединение по заданному признаку. Систематизация обеспечивает разделение и последующее объединение, но не отдельных объектов, как это происходит при классификации, а их групп, классов.

Все эти операции не могут проявляться изолированно, вне связи друг с другом, и в зависимости от степени сформированности каждой из них мыслительная деятельность в целом осуществляется с разной степенью результативности.

Основу мышления составляют мыслительные действия. По выполняемым функциям любое действие может быть разделено на три части:

ориентировочную, исполнительную, контрольную.

Ориентировочная часть действия связана с использованием объективных условий, которые необходимы для успешного выполнения заданного действия. Исполнительная часть действия обеспечивает реальные преобразования в объекте действия. Контрольная – осуществляет корректировку деятельности на ориентировочном и исполнительском этапах.

Для выполнения любого действия необходима одновременная реализация всех его частей, и без этого действие не может быть выполнено.

При развитии интеллекте основу действия составляют «свернутые», быстро протекающие действия. Сначала ребенок осваивает действия в материальном или материализованном виде с развертыванием входящих в него операций. Постепенно происходит изменение форм действий и степени их развернутости, обобщенности и освоенности. Фактически форма действия характеризует степень владения действием.

По теории П.Я. Гальперина сначала материализованное мыслительное действие сочетается с речью. Затем действие формируется как внешнеречевое и, наконец, действие производится во внутренней речи (про себя), то есть становится умственным.

Выделяют следующие характеристики действия:

обобщенность – мера выделения существенных для выполнения действия свойств предмета из других несущественных;

развернутость показывает, все ли операции, первоначально входящие в состав действия, выполняются;

освоенность характеризуется степенью автоматизированности и быстротой выполнения действий.

Способы осуществления автоматизированных действий (мыслительные операции) являются важным показателем уровня развития мышления. При решении практических задач выделяют три уровня поиска:

1) ориентировка на несуществующие признаки, однотипность действия, отсутствие коррекции в зависимости от результата, появление хаотических проб;

2) частичная ориентировка на существенные свойства ситуации, увеличение пробующих хаотических действий, появление глобальной коррекции практического действия в зависимости от результата. В это время большое значение приобретает зрительная ориентировка;

3) действие осуществляется с 1–2 ошибками и выполняется на основе выявленной закономерности. На этом уровне возможна точная коррекция действия.

В процессе онтогенеза у ребенка формируется техника оперирования при решении задач. На начальном этапе это хаотические действия, использование проб и ошибок, затем появляются пробующие действия, соотнесение взором и, наконец, – оперирование в идеальном плане (на основе представлений) и оперирование словом. При решении практических задач это проявляется в том, что ребенок, осуществляя действие с помощью внешней двигательной опоры, накладывает, примеривает предметы или их части друг к другу хаотически или

целенаправленно, а затем осуществляет эти операции, все более приближаясь к выполнению их в умственном плане (на основе представлений).

При выполнении действий путем проб и ошибок ребенок использует особый способ мышления. Когда ребенок действует таким образом, он не только познает объект, но и перед ним раскрывается еще одна область познания – его собственная деятельность и ее результаты. Он должен соотнести результат с условием и выявить причину расхождения при ошибочных решениях, а значит произвести анализ своих действий.

При зрительном примеривании ребенок осуществляет мыслительные операции на основе сравнения образцов. Изменение способа оперирования связано с накоплением опыта и развитием мыслительной деятельности ребенка.

Таким образом, оценка способа действия при выполнении мыслительной задачи является существенным критерием уровня развития мышления.

Итак, при изучении мышления ребенка с особыми потребностями в обучении необходимо оценивать степень сформированности его мыслительных действий, их характер и ведущий способ их осуществления.

Одной из качественных методик изучения оценки уровня развития мышления у аномальных детей является методика исследования мышления О. Усановой.

Основные параметры, учитывающиеся в методике: сформированность мыслительных действий в зависимости от возрастной стадии развития, характер и способ мышления.

Первая часть методики включает в себя 10 заданий, направленных на

анализ наглядных форм мышления (наглядно-действенного и наглядно-образного). По результатам выполнения этих заданий можно судить о сформированности у ребенка операций мышления на практическом уровне, о рациональности способов решения и степени участия речи в процессе выполнения практических действий.

Предлагая задания такого рода, можно пронаблюдать, как ребенок выделяет и соотносит признаки объектов в практическом плане, как предвидит, воссоздает целое из отдельных деталей и каким образом осуществляет действия на основе представлений с опорой на схемы изображения. Это обеспечивается серией заданий, которые постепенно усложняются.

Задание 1. «Разбор и складывание пирамидки». Исследуют возможности моделирования с учетом величины деталей. Применяется для детей от 2 до 6 лет.

Норма выполнения: дети 2–3 лет могут складывать пирамидку без учета величины. Неадекватным будет для них складывание пирамидки с попыткой надеть кольцо на закрытый колпачок. Дети старше 4 лет должны нанизывать кольца с учетом величины, они могут прибегать к пробам и примериванию. Дети старше 5 лет должны пользоваться зрительным соотношением. Детям старше 6 лет задание может быть предложено с целью установления контакта и др.

Задание 2. «Почтовый ящик». Исследует возможности осуществления операций сравнения и установления тождества объектов на материальном уровне. Применяется для детей в возрасте от 3 до 7 лет.

Ребенку предлагается коробка с прорезями и набор объемных вкладок (10 шт.) по форме прорезей. Не открывая коробку, ребенок должен опустить все вкладки в нее.

Норма выполнения: для детей до 3 лет 6 месяцев адекватным считается использование силовых приемов при выполнении задания; у детей старше этого возраста, как правило, появляются целенаправленные пробы, дети старше 4 лет переходят к примериванию, а после 5 лет – к зрительному соотнесению. Сохранение проб у детей старше 4 лет и примеривания у детей старше 5 лет является допустимым. Дети старше 6 лет должны пользоваться зрительным соотнесением, а после 7 лет – действовать на основе представлений.

Задание 3. «Доски Сегена». Предназначено для исследования наглядно-действенных форм мышления и уровня сформированности действий идентификации и моделирования. Применяется для детей от 3-х лет и старше.

Ребенку необходимо вложить фигурки в доски с углублениями-пазами, в точности соответствуя пазам.

Норма выполнения: аналогична описанию в задании «Почтовый ящик».

Задание 4. «Складывание разрезных фигур и картинок». Предназначено для детей, начиная с 3-х лет. Детям 3–5 лет даются разрезные картинки сначала из 2-х, затем из 3-х, а потом из 5 частей.

Норма выполнения: большинство детей старше 4-х лет действуют на основе зрительного соотнесения. Нормой при складывании картинок из 5 частей (дается детям с 5 лет, справившимся с предыдущими заданиями) считается использование проб.

Задание 5. «Треугольники». Исследуют возможности моделирования на основе схем и чертежей. Предлагается детям, начиная с 6 лет.

Дети должны, руководствуясь чертежами, составить фигуру из треугольников.

Норма выполнения: для детей 6–7 лет нормой является выполнение задания с двумя треугольниками путем развернутых пробующих действий с одно- и двукратным применением разделенного на части образца (трафарета); допустимо вкладывание треугольника в трафарет до 4–5 случаев. Для детей от 9 лет при выполнении конструкции из 2 треугольников нормой является выполнение задания в идеальном плане, но допускаются и примеривания, и пробные действия с опорой на трафарет до 3–4 раз.

Задание 6. «Кубики Косса». Используется для выявления уровня сформированности операций анализа и синтеза. Для детей от 5 лет. Ребенку предлагают набор кубиков, из которых нужно сложить узор по образцу.

Норма выполнения: дети пятилетнего возраста выполняют задание с 4 кубиками с помощью зрительного соотнесения, но допустимо и примеривание. С 6 лет дети выполняют те же задания при зрительном соотнесении, а с 9 лет – действуют на основе представлений.

Задание 7. «Классификация предметов по одному признаку». Исследует уровень сформированности операций обобщения и классификации. Выявляет возможности ребенка объединять наглядно представленные объекты на основе выделения одного ведущего признака при работе с геометрическими фигурами,

которые различаются по цвету, форме и величине. Для детей, начиная с 5 лет.

Норма выполнения: при выполнении задания по образцу детям 5 лет требуется 1–2 урока. Нормой является словесное обозначение признаков классификации.

Задание подходит для проведения обучающего эксперимента.

Задание 8. «Классификация объектов по двум признакам. Соотнесение цвета и формы». Предназначено для выявления возможности классификации на основе вычленения наглядно представленных признаков, заданных и выделенных материалов. Ребенку требуется найти место каждой фигуре по цвету и форме в таблице, которая расчерчена на квадраты, где в вертикальном ряду обозначены неокрашенные геометрические фигуры всех перечисленных форм, соответствующие по размеру образцам фигур, а в горизонтальном – бесформенные мазки 7 цветов. Используется для детей от 5 лет.

Норма выполнения: дети 5 лет выполняют задание в полном объеме с использованием проб, а при зрительном соотнесении при уменьшении поля восприятия до 4 форм и 5 цветов. Дети 6 лет и старше выполняют задание в полном объеме на основе зрительного соотнесения. Дети 7 лет справляются с заданием, действуя в идеальном плане.

Задание 9. «Классификация объектов по двум признакам. Соотнесение формы и величины». Предназначено для исследования возможности классификации на основе вычленения наглядно представленных признаков, заданных и выделенных материалов. Как и в предыдущем задании, ребенок должен найти место фигурке в расчерченной таблице, в вертикальном ряду

которой обозначены неокрашенные геометрические формы, а в верхнем ряду – постепенно уменьшающиеся треугольники. Для детей от 5 лет.

Норма выполнения: дети 5 лет выполняют задание с использованием проб, выражающихся в примеривании с помощью наложения. Количество проб должно уменьшаться по мере заполнения рядов.

Задание 10. «Невербальные аналогии». Для изучения логики мышления на наглядном уровне, выявления уровня развития операций сравнения и обобщения. Ребенку требуется дорисовать геометрическую фигуру по аналогии, которая указана в таблице-карточке. Для детей, начиная с 6 лет.

Норма выполнения: большинство детей 6 лет справляется с заданием при условии 1–2-кратной помощи в виде выбора нужной фигуры из ряда.

Вторая часть методики – исследование вербально-логических форм мышления.

При выполнении заданий этой части требуется актуализация умений, связанных с речевой деятельностью. Процесс решения задач состоит в оперировании наглядным словесным материалом с текущим или последующим объяснением или оперировании конкретными словами.

Условия и диапазон применения – для детей дошкольного и школьного возраста, владеющих речью. На выполнение заданий могут влиять нарушения слуха (не воспринимает инструкции) и зрения (не воспринимает зрительных образцов).

Задания методики даются в виде занимательных уроков с конкретной

мотивировкой. При неудачах ребенку необходимо оказывать помощь.

Виды помощи: стимуляция к действию, программирование плана действия (вопросы), указание способа поиска пути решения, демонстрация способа решения.

Задания с 1 по 5 предназначены для исследования уровня сформированности понятий. Задания с 6 по 9 направлены на выяснение возможностей ребенка в осмыслении сюжета и понимании скрытого смысла высказываний. Важным условием выполнения этих заданий является владение связной речью.

Задание 1. «Определение понятий». Выясняет возможность применения отвлеченных категорий при включении данного понятия в систему эквивалентных или более общих понятий. Применяется для детей с 5 лет. Ребенку необходимо дать определение предлагаемым понятиям.

Норма выполнения: дети 5-летнего возраста описывают предмет с указанием его функционального признака. С 6 лет дети могут применять отвлеченные категории для описания предмета.

Задание 2. «Сравнение и различие понятий». Для выяснения возможности выделения существенных признаков сходства и различия понятий и категориальных суждений. Используется для детей с 5 лет.

В предложенной паре слов ребенок должен выделить сходство и различие.

Норма выполнения: та же, что и в первом задании.

Задание 3. «Вербальные аналогии». Задание направлено на выявление особенностей понятийного вербального мышления, определение логических

абстракций.

Применяется к детям от 14 лет и старше.

Ребенку требуется подобрать аналогичное, представленное в паре слов, отношение к заданному понятию.

Норма выполнения: в норме дети усваивают порядок решения задач после 1–3 примеров, ориентируясь на существенные признаки.

Задание 4. «Классификация предметов». Исследует процессы обобщения и абстрагирования. На материале эксперимента можно также изучить возможность анализа последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий, особенностей памяти, объема и устойчивости внимания, личностных реакций. Применяется к детям от 5 до 7 лет – первый и второй этапы, 7 лет – все три этапа работы.

На первом и втором этапах ребенку предлагается набор карточек с предметными изображениями, предполагающими категориальную классификацию, которые он должен, обобщая, разложить на группы – подходящее к подходящему. На третьем этапе стоит задача соединить группы между собой так, чтобы предметам укрупненной группы можно было дать название с общим существенным признаком.

Норма выполнения: дети 5-летнего возраста справляются с заданием в действенном плане, определяя принцип обобщения на функциональном уровне.

Начиная с 6 лет, нормой является использование отвлеченных категорий.

Задание 5. «Исключение предметов». Для исследования категориального мышления и выявления уровня обобщения. Применяется с 5 лет и старше в

порядке возрастающей сложности.

В ходе выполнения задания от ребенка требуется исключить лишний предмет, который не подходит по категориальному признаку к трем остальным.

Норма выполнения: дети 5 лет справляются с заданием в действенном плане, обобщая предметы на функциональном уровне и определяя «лишний предмет» способом противопоставления (например, это обувь, а это – не обувь). Дети с 6 лет при обосновании сходства и различия вводят отвлеченные категории, частота которых возрастает к 7 годам.

Задание 6. «Объяснение сюжетных картин». Выявляет возможности осмысления ситуации, содержания картины на основе аналитико-синтетической деятельности.

Применяется с 5 лет и старше. От ребенка требуется составить рассказ по предложенной картинке. Картинки, представляемые ребенку, трех видов: простые, наглядно изображающие все детали соответствующего события (с явным смыслом), и усложненные, в которых общий смысл может быть понят только из сопоставления ряда деталей и с помощью ряда заключений, которые ребенок должен сделать (со скрытым смыслом), а также картинки-нелепицы.

Норма применения: дети 5 лет составляют связные рассказы с элементами фантазии. При анализе нелепиц у них возникают адекватные эмоциональные реакции.

Задание 7. «Установление последовательности событий». Выявляет способность понимать связь событий и умение строить умозаключения.

Применяется при обследовании детей с 5 лет, владеющих речью.

Ребенку предлагаются серии сюжетных картинок (от 3 до 6 картинок в серии) с явным или скрытым смыслом и незавершенным концом действия. Ребенок должен сложить их по порядку и рассказать, с чего все началось, что было дальше и чем история закончилась или может закончиться.

Норма выполнения: дети с 5 лет справляются с серией 3–4 картинок; при увеличении количества картинок наблюдается тенденция к увеличению пробных действий с ними.

Задание 8. «Объяснение сюжета, выраженного в словесной форме». Выявляет возможности осмысления ситуации на основе слухового восприятия (понимание явного и скрытого смысла, связи деталей в единое целое).

Применяется к детям с 5 лет.

Задача ребенка понять основной смысл текста (рассказа, басни), содержащего ряд существенных и побочных деталей, которые нужно проанализировать для понимания смысла.

Норма выполнения: нормально развивающиеся дети 5-летнего возраста самостоятельно пересказывают текст, фиксируя внимание на существенных деталях. Им доступно понимание скрытого смысла, что раскрывается в беседе по содержанию.

Задание 9. «Понимание скрытого смысла высказывания». Выясняет возможности оперирования смыслом: понимание переносного смысла, целенаправленности суждений, степени их глубины. Применяется для детей школьного возраста. Ребенку необходимо выбрать (из предложенных) фразу к каждой из пословиц (метафор).

Оценка результатов исследования мышления. Предметом анализа результатов исследования мышления является анализ следующих параметров:

1. Принятие задачи, что характеризует начальный момент выполнения любого задания. Здесь существенна оценка того, в какой форме (игровой или учебной) ребенок готов выполнять задание.

Несогласие выполнять задание может быть связано с тем, что у ребенка негативное отношение к ситуации обследования или предъявлены завышенные требования к ребенку, либо он неадекватно оценивает степень трудности задания (как невыполнимого) при заниженной самооценке, не желает продемонстрировать свое неумение (последнее может свидетельствовать о сохранности интеллекта).

Таким образом, анализ принятия задачи ребенком даст возможность оценить отношение его к ситуации обследования и первую из подструктур – мотивацию.

2. Понимание инструкции обеспечивает ребенку возможность ориентировки в задании, без которой целенаправленное выполнение его невозможно. Непонимание инструкции могут проявлять дети с нарушениями речи, слуха, а также при глубоком нарушении интеллекта.

Нарушения понимания инструкции при сохранном физическом слухе могут быть связаны с неустойчивостью слухового внимания; семантическими нарушениями, при которых понимание невозможно или затрудняется вследствие неусвоенности значения слов; с несформированностью фонематического восприятия; с трудностями удерживания в кратковременной

памяти объема информации; нарушением восприятия смысловых схем речи, когда нарушения в понимании инструкции связаны с несформированностью грамматических значений слов.

Таким образом, при анализе понимания инструкции можно составить представление о возможностях ребенка в ориентировке в условии задачи и вычленить механизмы трудностей этого этапа решения задач.

3. Возможность самостоятельного выполнения заданий и способы действия.

Этот параметр оценки фиксирует специфику программирования деятельности и ее исполнения, т.е. процесс решения мыслительных задач. Анализ выбираемых ребенком способов действия даст возможность сделать заключение о стратегии деятельности ребенка, оценить ее адекватность поставленной задаче, а также оценить тактику и возможности вариабельности при изменении условий деятельности.

Дети с нарушениями в программировании деятельности могут достаточно хорошо владеть отдельными операциями, но испытывать трудности организации их в нужную последовательность, что препятствует самостоятельному выполнению заданий.

Дети с неустойчивой нейродинамикой могут выбирать правильную стратегию, но при выполнении отдельных операций действовать неадекватно или непродуктивно, допуская ошибки или удлиняя время деятельности.

Важнейшим критерием уровня сформированности наглядных форм мышления ребенка является характеристика уровня сформированности

действия и способов его реализации – применение проб и ошибок, соотнесение взором, действие на основе представлений.

Так, применение силовых действий у детей старше трех с половиной лет является неадекватным и может свидетельствовать о снижении умственного развития. Применение более примитивных по сравнению с возрастными нормами способов действий также свидетельствует о снижении уровня умственного развития.

4. Результативность выполнения задания и возможность коррекции ошибок.

Этот параметр направлен на анализ результатов решения задач и возможности контроля ребенком собственной мыслительной деятельности.

Снижение контроля деятельности часто приводит к ошибкам, которые при частично правильном результате выполнения задания приводят к неправильному результату. Эти ошибки могут возникать на любом этапе мыслительной деятельности. В системе решения задачи у ребенка формируется «пошаговый характер» контроля результатов своей деятельности, что приводит к окончанию действия или продолжению его. В случае отсутствия пошагового контроля возникают ошибки. Нарушения в звене контроля свидетельствуют о регуляторной деятельности корковых систем.

При самостоятельной фиксации ошибок ребенком можно говорить о несформированности у него упреждающего контроля, сохранности текущего контроля деятельности; отсутствие фиксации ошибок свидетельствует о несформированности контроля.

Итак, предлагаемые параметры качественного анализа выполнения заданий ребенком дают возможность установить:

- какая из психических структур мышления нарушена;
- каковы психофизические механизмы этого нарушения.

Для выявления потенциальных возможностей ребенка и психологического обоснования коррекционного воздействия большое значение имеет изучение условий, влияющих на процесс выполнения заданий. К ним относятся:

- выбор продуктивной мотивации;
- варьирование содержания инструкции по лексическому оформлению и объему;
- введение дозированной помощи ребенку в процессе выполнения задания.

Изучение условий и выявление факторов, влияющих на выполнение ребенком заданий, с одной стороны, дает материал для квалификации нарушений мышления, а с другой – для обоснования коррекционной работы.

Изучение особенностей мышления детей при решении наглядно-действенных, наглядно-образных и словесно-логических задач показывает, что могут быть выделены два основных типа нарушения мышления:

- 1 – нарушения мышления как деятельности, имеющей определенную структуру и динамику;
- 2 – нарушение отдельных операций мышления при сформированности общей структуры мыслительной деятельности.

При нарушении мышления как деятельности у ребенка оказывается

несформированной возможность целенаправленно анализировать условия мыслительных задач, выделять в них существенные элементы, соотносить их между собой, осуществлять процессы сравнения, обобщения, абстрагирования, осуществлять контроль на каждом из этапов деятельности и адекватно оценивать результаты. В таких случаях возникают затруднения при планировании решения задачи, при последовательном осуществлении операций, а также осуществление пошагового контроля. Эти нарушения часто сочетаются с неустойчивостью внимания и нарушением процесса переключения. Наличие подобных трудностей приводит к многочисленным ошибкам при решении задач.

При нарушениях отдельных операций мышления отмечается специфика осуществления деятельности. Дети внимательно выслушивают задания, начинают целенаправленно действовать, но с заданием не справляются в связи с тем, что либо так и не находят правильного пути решения, либо при правильно выбранной стратегии не выбирают адекватных задаче тактических приемов. Наиболее ярко такие затруднения проявляются при решении задач, связанных с конструированием.

Таким образом, анализ типичных ошибок при решении задач позволяет определить те факторы, которые лежат в основе нарушений мышления.

#### 7.6. Психологическое заключение

Обследование ребенка предполагает использование хорошо продуманных

стратегий принятия решений, необходимых для понимания детей с нарушениями, их взаимоотношений в семье, школе, со сверстниками. Как правило, стратегии включают обследование эмоционального, поведенческого и когнитивного функционирования ребенка, а также учет влияний социальной среды. Эти стратегии составляют основу гибкого, активного процесса проверки гипотез относительно природы нарушений, а также причин и возможных результатов как в случае терапии, так и в случае невмешательства.

Исследование интенсивности, частоты и глубины отклонений позволит сделать вывод о том, насколько особенности поведения ребенка не соответствуют возрасту, при каких обстоятельствах они могут перерасти в проблему, как часто проявляются и насколько серьезны эти случаи. Следует описать продолжительность этих проявлений. Некоторые особенности преходящи и исчезают сами, в то время как другие сохраняются долгое время. Продолжительность проблемного поведения, подобно частоте и интенсивности, должна быть рассмотрена с точки зрения норм для данного возраста. И, наконец, надо будет составить полную картину различных симптомов и их иерархию.

Завершающим этапом психологического изучения ребенка является написание заключения по результатам работы.

Психологическое заключение должно строиться на основе сравнительного анализа полученных результатов по всем разделам обследования. Оно должно отвечать на конкретные вопросы, поставленные в

исследовании. Стандарта в написании заключения нет, но можно говорить о некоторой условной схеме заключения. Оно может состоять из трех частей:

Первая часть – постановка вопроса исследования.

Вторая часть – описательная характеристика результатов исследования в русле выбранного направления.

Третья часть – резюме наиболее важных данных, которые в дальнейшем могут быть положены в формулировку диагноза.

Первая часть заключения основывается на анализе жалоб родителей или формулирует конкретный вопрос исследования, поставленный специалистами.

Вторая часть заключения наиболее объемна. Здесь приводятся данные анамнеза, результаты наблюдений за внешним видом и деятельностью ребенка, результаты экспериментального изучения психического развития. В этой части анализируется организационная и исполнительская сторона психической деятельности ребенка, а также формулируются выводы, полученные в процессе обследования.

Характеристика организационной стороны психической деятельности отражает способы регуляции ребенком собственной деятельности и содержит ответы на вопросы о том:

– может ли ребенок ставить цели познавательной деятельности, удерживать их до конца осуществления задачи;

– сохранна ли возможность предварительного планирования предстоящей деятельности;

– осуществляется ли и как контроль решения задачи (упреждающий,

текущий, последующий);

– способен ли ребенок осуществлять перенос с ранее усвоенных на новые способы решения познавательных задач;

– насколько правильно ребенок оценивает свою деятельность;

– может ли он варьировать приемы решения задач, проявлять гибкость и самостоятельность;

– насколько ребенок может проявлять умственное напряжение при трудностях и неудачах;

– как использует помощь и в каком виде помощи более всего нуждается.

Характеристика исполнительной (операционной) стороны психической деятельности отражает процессы, способы, операции, с помощью которых осуществляется психическая деятельность, и, прежде всего, мышление, и речь. Особое внимание при этом уделяется характеристике операций анализа, синтеза, сравнения, обобщения, классификации и т.п.

В заключении должны быть даны ответы на вопросы:

1) соответствует ли уровень психического развития ребенка возрастным нормам;

2) какова структура дефекта развития: какой дефект является первичным, какие вторичные нарушения закономерно возникли и развились как следствие первичного дефекта;

3) какова взаимосвязь высших психических функций ребенка, особенно мышления и речи;

4) каково взаимодействие дефекта развития ребенка и формирование его личности;

5) каков уровень его знаний и практических навыков к моменту обследования;

6) какова обучаемость ребенка?

Описывая результаты обследования ребенка, необходимо привести конкретные примеры, подтверждающие выводы.

Третья часть заключения должна содержать данные, имеющие диагностическое значение, в кратком виде.

При соблюдении перечисленных условий психологическое заключение может стать важной частью комплексного заключения о психическом развитии ребенка.

Психологическое исследование ребенка – это кропотливая и ответственная работа. От ее результатов зависит судьба ребенка: отношение к нему окружающих, его отношение к себе, выбор учебного заведения, возможность коррекции. Качество исследования всегда зависит от профессиональных умений психолога, его мировоззренческой парадигмы, способности устанавливать контакт с ребенком и умения находить основания к оптимистическому прогнозу.

#### 7.7. Вопросы для самоконтроля

- 1) Какие этапы психологического обследования ребенка можно выделить?
- 2) Какие аспекты должно включать в себя заключение?

3) Какие познавательные процессы и функции подлежат обязательному изучению?

4) Какие методы можно использовать при изучении психического и интеллектуального состояния ребенка?

#### 7.8. Задания для практики

Студенту предлагается провести психологическое обследование ребенка с помощью методик, представленных в разделе темы 7.5, представить протокол обследования и заключение.

#### 7.9. Глоссарий по теме 7

Психологическое обследование — это составная часть обследования ребенка, в его процессе используются сведения, полученные специалистами других направлений — медиками, педагогами, социальными работниками.

Психологическое заключение — краткая психологическая характеристика состояния развития обследуемого на период обследования на основе данных объективного квалифицированного психодиагностического исследования.

#### 7.10. Использованные информационные ресурсы

1. Диагностическое обследование детей раннего и младшего дошкольного возраста / Под ред. Н.В. Серебряковой. - СПб.: КАРО, 2005. - 64 с.
2. Забрамная С. Д., Боровик О. В. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей. – М.:Владос, 2008.
3. Забрамная С. Д. Практический материал для проведения психолого-

педагогического обследования детей. – М.: Владос, 2008.

4. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития: курс лекций. - М.: 2007, 128 с.

## **Лекция 8.**

### **Особенности обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии.**

Аннотация. В данной теме раскрываются особенности осуществления коррекционно-педагогической работы с детьми в условиях специальных учебно-воспитательных учреждений (школы I-VIII видов). А также представлены вариативные формы организации учебно-воспитательного процесса и технологии обучения детей с отклонениями в развитии (классы выравнивания, компенсированного обучения, педагогической поддержки и др.).

Ключевые слова. Классы выравнивания, специальное образование, коррекционно-педагогическая деятельность, классы компенсированного обучения, классы педагогической поддержки.

Методические рекомендации по изучению темы. Вначале необходимо изучить теоретическую часть с определением основных понятий. После этого следует ответить на теоретические вопросы и решить практические задания, приведенные в конце темы. Для контроля усвоения материала необходимо пройти тестирование по данной теме. Вопросы, возникшие при изучении данной темы, можно обсудить в разделе Обсуждений.

8.1.Коррекционно-педагогическая работа с детьми в условиях  
специальных учебно-воспитательных учреждений (школы I-VIII  
видов)

Дети школьного возраста, имеющие особые образовательные потребности, получают образование в соответствии со специальными образовательными стандартами в различных образовательных учреждениях или на дому.

В настоящее время существует восемь основных видов специальных школ для детей с различными нарушениями развития. Чтобы исключить вынесение диагностических характеристик в реквизиты этих школ (как это было раньше: школа для умственно отсталых, школа для глухих и т.п.), в нормативно-правовых и официальных документах эти школы называются по их видовому порядковому номеру:

- специальное (коррекционное) образовательное учреждение I вида (школа-интернат для глухих детей);
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение II вида (школа-интернат для слабослышащих и позднооглохших детей);
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение III вида (школа-интернат для незрячих детей);
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение IV вида (школа-интернат для слабовидящих детей);
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида

(школа-интернат для детей с тяжелыми нарушениями речи);

- специальное (коррекционное) образовательное учреждение

VI вида (школа-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата);

- специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII

вида (школа или школа-интернат для детей с трудностями в обучении — задержкой психического развития);

- специальное (коррекционное) образовательное учреждение

VIII вида (школа или школа-интернат для детей с умственной отсталостью).

Деятельность таких учреждений регламентируется постановлением Правительства Российской Федерации от 12 марта 1997 г. № 288 «Об утверждении Типового положения о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии», а также письмом Министерства образования РФ «О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений I — VIII видов».

В соответствии с этими документами во всех специальных (коррекционных) образовательных учреждениях реализуются специальные образовательные стандарты.

Образовательное учреждение самостоятельно, на основе специального образовательного стандарта, разрабатывает и реализует учебный план и образовательные программы, исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей детей. Специальное

(коррекционное) образовательное учреждение может быть учреждено федеральными органами исполнительной власти (Министерством образования РФ), органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (управлением, комитетом, министерством) образования области, края, республики) и органами местного (муниципального) самоуправления. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение может быть негосударственным.

В последние годы создаются специальные образовательные учреждения и для других категорий детей с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности: с аутистическими чертами личности, с синдромом Дауна. Имеются также санаторные (лесные школы для хронически болеющих и ослабленных детей).

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения финансируются соответствующим учредителем.

Каждое такое образовательное учреждение несет ответственность за жизнь воспитанника и обеспечение его конституционного права на получение бесплатного образования в пределах специального образовательного стандарта.

Всем детям обеспечиваются условия для обучения, воспитания, лечения, социальной адаптации и интеграции в общество.

Выпускники специальных (коррекционных) образовательных учреждений (за исключением школы VIII вида) получают цензовое образование (т.е. соответствующее уровням образования массовой общеобразовательной школы: например, основное общее образование, общее среднее образование).

Им выдается документ государственного образца, подтверждающий полученный уровень образования или свидетельство об окончании специального (коррекционного) образовательного учреждения.

В специальную школу ребенка направляют органы управления образованием только с согласия родителей и по заключению (рекомендации) психолого-медико-педагогической комиссии. Также с согласия родителей и на основании заключения ПМПК ребенок может быть переведен внутри специальной школы в класс для детей с умственной отсталостью только после первого года обучения в ней.

В специальной школе может быть создан класс (или группа) для детей со сложной структурой дефекта по мере выявления таких детей в ходе психолого-медико-педагогического наблюдения в условиях образовательного процесса.

Помимо этого в специальной школе любого вида могут быть открыты классы для детей с выраженными нарушениями в умственном развитии и сопутствующими им другими нарушениями. Решение об открытии такого класса принимает педагогический совет специальной школы при наличии необходимых условий, специально подготовленных кадров. Главные задачи таких классов — обеспечение элементарного начального образования, создание максимально благоприятных условий для развития личности ребенка, получения им допрофессиональной или элементарной трудовой и социально-бытовой подготовки с учетом его индивидуальных возможностей.

Ученик специальной школы может быть переведен для обучения

в обычную общеобразовательную школу органами управления образованием с согласия родителей (или лиц, их заменяющих) и на основании заключения ПМПК, а также в случае, если в общеобразовательной школе имеются необходимые условия для интегрированного обучения.

Помимо образования специальная школа обеспечивает детям с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности медицинское и психологическое сопровождение, для чего в штате специальной школы имеются соответствующие специалисты. Они работают в тесном взаимодействии с педагогическим персоналом, осуществляя диагностическую деятельность, психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия, поддерживая в специальной школе охранительный режим, участвуя в профконсультировании. При необходимости дети получают медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, массаж, закаливающие процедуры, посещают занятия лечебной физкультурой.

Процесс социального адаптирования, социальной интеграции помогает осуществлять социальный педагог. Его роль особенно возрастает на этапе выбора профессии, окончания выпускниками школы и перехода в послешкольный период.

Каждая специальная школа уделяет значительное внимание трудовой, предпрофессиональной подготовке своих воспитанников. Содержание и формы подготовки зависят от местных особенностей: территориальных, этнонациональных и культурных, от потребностей местного рынка труда, возможностей воспитанников, их интересов. Сугубо индивидуально

выбирается профиль труда, включающий в себя подготовку к индивидуальной трудовой деятельности.

Для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей имеющих особые образовательные потребности, создаются специальные детские дома и школы-интернаты в соответствии с профилем нарушений в развитии. Преимущественно это детские дома и школы-интернаты для детей и подростков с интеллектуальным недоразвитием и трудностями в обучении. В случае, если ребенок не в состоянии посещать специальное I коррекционное) образовательное учреждение, организуется его обучение в домашних условиях. Организация такого обучения определяется постановлением Правительства Российской Федерации «Об утверждении порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях» от 18 июля 1996 г. № 861.

В последнее время стали создаваться школы надомного обучения, персонал которых, состоящий из квалифицированных специалистов-дефектологов, психологов, работает с детьми как в домашних условиях, так и в условиях частичного пребывания таких детей в школе надомного обучения. В условиях групповой работы, взаимодействия и общения с другими детьми ребенок осваивает социальные навыки, приучается к обучению в условиях группы, коллектива.

Право на обучение в домашних условиях получают дети, заболевания или отклонения в развитии у которых соответствуют указанным в установленном Министерством здравоохранения РФ специальном перечне. Основанием для

организации надомного обучения является медицинское заключение лечебно-профилактического учреждения.

К оказанию помощи в обучении детей на дому подключаются школа или дошкольное образовательное учреждение, находящееся поблизости. На период обучения ребенку предоставляется возможность бесплатного пользования учебниками, фондом библиотеки школы. Педагоги и психологи школы оказывают консультативную и методическую помощь родителям в освоении ребенком общеобразовательных программ. Школа обеспечивает промежуточную и итоговую аттестацию ребенка и выдает документ о соответствующем уровне образования. В аттестации принимают участие и педагоги-дефектологи, привлекаемые дополнительно для ведения коррекционной работы.

Если ребенок с особыми образовательными потребностями обучается на дому, органы управления образованием компенсируют родителям затраты на обучение в соответствии с государственными и местными нормативами финансирования обучения ребенка в соответствующем типе и виде образовательного учреждения.

Для обучения, воспитания и социальной адаптации детей и подростков со сложными, с тяжелыми нарушениями в развитии, сопутствующими заболеваниями, а также для оказания им комплексной помощи создаются реабилитационные центры различных профилей. Это могут быть центры: психолого — медико — педагогической реабилитации и коррекции; социально-трудовой адаптации и профориентации; психолого-педагогической

и социальной помощи; специальной помощи семье и детям, оставшимся без попечения родителей и др. 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 тяжелыми и множественными нарушениями. В ряде центров ведет специальная образовательная деятельность. Занятия в реабилитационных центрах строятся по программам индивидуального и 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. Реабилитационные центры оказывают также социальную и психологическую помощь бывшим воспитанникам образовательных учреждений д. детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Реабилитационные центры помогают образовательным учреждениям массового назначения, если там обучаются и воспитываются дети с особыми образовательными потребностями: ведут коррекционно-педагогическую работу и консультирование.

Для оказания логопедической помощи детям дошкольного школьного возраста, имеющим отклонения в развитии речи обучающимся в образовательных учреждениях общего назначения, работает логопедическая служба. Это может быть введение штат образовательного учреждения должности учителя-логопеда; создание в структуре органа управления

образованием логопедического кабинета или создание логопедического центра. Наиболее широко распространенной формой стал логопедический пункт при общеобразовательном учреждении. Основными задачами ее деятельности являются: коррекция нарушений устной и письменной речи; своевременное предупреждение неуспеваемости, обусловленной речевыми нарушениями; распространение основных логопедических знаний среди педагогов и родителей.

Занятия на логопедическом пункте проводятся как в свободное роков время, так и во время уроков (по согласованию с администрацией школы).

Дети с установленным диагнозом задержка психического развития и обучающиеся в классах коррекционно-развивающего обучения получают логопедическую помощь учителя-логопеда, прикрепленного к данному классу.

Ответственность за обязательное посещение логопедических занятий в логопедическом пункте несут учитель-логопед, классный руководитель и администрация школы.

В современных условиях интенсивного развития системы спешной психолого-педагогической помощи идет поиск моделей идеальных образовательных учреждений, наиболее отвечающих современным социокультурным и экономическим условиям жизни страны и особым образовательным потребностям обучающихся, и моделей, которые могли бы эффективно функционировать в: ценных от центра регионах страны, в условиях дефицита кадров специальных педагогов и психологов, удовлетворяя все существующие образовательные и реабилитационные

потребности детей и подростков с отклонениями в развитии. Развиваются новые модели специальных образовательных учреждений, построенные на основе указанных выше типовых. Так, востребованной является такая модель специального образованного учреждения, которая (наряду с функцией образования начального и школьного) выполняет функции психолого-педагогического консультационного центра, а также центра социальных услуг для малоимущих слоев населения, центра образовательных услуг в получении начального профессионального образования. Такие модели специальных образовательных учреждений функционируют сегодня и на европейской территории России -например, в Москве, Новгороде, Ярославле, С.-Петербурге), и на Махачкале), и в Сибири, и на Урале (в Магадане, Красноярске, Екатеринбурге). Потребностям детей и подростков в оздоровительной работе отвечают условия специальной (коррекционной) оздоровительной школы-интерната, где воспитанникам предлагается комплексная программа, включающая дифференцированный личностно-ориентированный образовательный процесс, осуществляемый в тесной связи с индивидуализированной медико-реабилитационной поддержкой и социально-педагогической помощью, а так же обеспечен благоприятный психологический климат и комфортная социокультурная среда образования в целом (Москва, школа — интернат № 65).

Существует модель современного образовательного учреждения детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями в развитии. Десятилетний опыт работы такого образовательного учреждения (Псковский

лечебно-педагогический центр: показал возможность и необходимость включения в образовательное пространство детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Существуют и другие варианты специальных образовательных учреждений, создаваемых сегодня энтузиастами специальной педагогики сообразно возможностям местных социокультурных условий, национальных и региональных особенностей.

## 8.2. Вариативные формы организации учебно-воспитательного процесса и технологии обучения детей с отклонениями в развитии

(классы выравнивания, компенсированного обучения, педагогической поддержки и др.).

Класс (классы) компенсирующего обучения создаются в общеобразовательных учреждениях в соответствии с Законом Российской Федерации «Об образовании», принципами гуманизации образовательного процесса, дифференциации и индивидуализации обучения.

Цель организации компенсирующих классов — создание для детей, испытывающих затруднения в освоении общеобразовательных программ, адекватных их особенностям условий воспитания и обучения, позволяющих предупредить дезадаптацию в условиях образовательного учреждения.

В компенсирующие классы принимаются дети, которые не имеют выраженных отклонений в развитии (задержки психического развития,

умственной отсталости, недостатков физического развития, в том числе выраженных речевых нарушений и др.).

Основным показателем отбора детей в классы компенсирующего обучения является недостаточная степень готовности к обучению в образовательных учреждениях, выражающаяся в низком уровне сформированности психологических (включая общую личностную незрелость) и психофизиологических предпосылок образовательной деятельности, в основе которых определяются, прежде всего, признаки социально-педагогической запущенности, а также слабо выраженные симптомы органической недостаточности или соматической ослабленности (повышенная истощаемость, несформированность произвольных форм деятельности, негрубые нарушения внимания и целенаправленности и т. п.).

Работа компенсирующих классов направлена на компенсацию недостатков дошкольного образования, семейного воспитания детей, устранение нарушений их работоспособности и произвольной регуляции деятельности, охрану и укрепление физического и нервно-психического здоровья указанной категории обучающихся.

Отбор детей в указанные классы осуществляется психолого-медико-педагогической комиссией города, либо района. Зачисление осуществляется на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии и при наличии направления Комитета по образованию либо направления в РОУО.

Рекомендации по отбору детей в классы компенсирующего обучения

Приказ Министерства образования РФ от 08.09.1992г. N 333.

В классы компенсирующего обучения принимаются или переводятся дети «группы риска», не имеющие выраженных отклонений в развитии (задержки психического развития церебрально-органического генеза, умственной отсталости, выраженных нарушений речи, слуха, зрения, двигательной сферы).

При нормальном интеллектуальном развитии дети «группы риска» на начальных этапах обучения испытывают трудности в усвоении учебных занятий и умений из-за низкой работоспособности вследствие соматической ослабленности, частичных отставаний в развитии высших психических функций или педагогической запущенности, возникающей в неблагоприятных микросоциальных условиях воспитания и обучения. У этих детей не обнаруживается нарушений памяти, перцептивных и мыслительных процессов, вместе с тем для них характерен низкий уровень выполнения учебных и внеучебных заданий, обусловленный сниженной мотивацией и отсутствием познавательных интересов. При этом наблюдается недостаточный самоконтроль, неустойчивость и слабая целенаправленность деятельности, повышенная отвлекаемость, импульсивность, гиперактивность.

Перечисленные особенности в сочетании с нарушениями памяти, восприятия, мышления характерны для детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза или с умственной отсталостью, что является важным критерием в дифференциально-диагностическом плане при выборе образовательного учреждения для таких детей.

Ведущим в характеристике детей «группы риска» является сниженная работоспособность различной природы: при повышенной утомляемости у

соматически ослабленных детей и в связи с расстройствами поведения.

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 астения и др.);
  - б) церебрастенические состояния (компенсирования и субкомпенсирования, гидроцефалия, цереброэндокринные состояния, постсоматическая и посттравматическая астения) без нарушения интеллектуального развития;
  - в) астено-невротические состояния соматогенной и церебрально-органической природы (нарушения сна, аппетита, вегетососудистая дистония);
  - г) астенические состояния на фоне нерезко выраженных сенсорных дефектов.
2. Нарушение работоспособности в связи с расстройствами поведения);
  - а) ситуационные реакции с нарушением поведения (патохарактерологические реакции и патохарактерологическое развитие);
  - б) невротические и неврозоподобные состояния (страхи, тики, легкое заикание, не требующие обучения в условиях речевой школы,

энурез, энкопрез);

в) психогенное патологическое формирование личности;

г) синдром истинной невропатии;

д) избирательный мутизм на фоне реабилитационных мероприятий;

е) синдром психофизического инфантилизма;

ж) синдром раннего детского аутизма (негрубые проявления, нормальный уровень интеллектуального развития);

з) психопатические синдромы (по типу аффективной возбудимости, неустойчивости, истероидности, психостении);

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 (классы, группы) коррекционного характера.

### 8.3. Вопросы для самоконтроля

- 1) Какие специальные учреждения существуют в России?
- 2) Каковы формы организации коррекционно-педагогической работы существуют?
- 3) Какие характеристики имеют дети группы риска?
- 4) Какие дети могут посещать классы компенсирующей направленности?

### 8.4. Задания для практики

Студентам предлагаются ссылки на сайты, где они могут найти основные правовые документы ООН и РФ. В этих документах закреплены основные права человека, в том числе и с ограниченными возможностями. Необходимо

ознакомиться с данными основными документами и ответить на вопрос:

«Какими же общими и специальными правами обладают люди-инвалиды»

(представить в виде таблицы).

Ссылки:

- <http://www.un.org/russian/document/declarat/declhr.htm> - Всеобщая декларация прав человека ООН
- <http://www.un.org/russian/document/declarat/disabled.htm> - Декларация о правах инвалидов ООН
- <http://www.un.org/russian/document/declarat/retarded.htm> - Декларация о правах умственно отсталых лиц ООН
- <http://www.consultant.ru/popular/edu/> - Закон РФ «Об образовании»
- <http://www.garant.ru/main/10005807-000.htm> - Семейный кодекс РФ
- <http://www.garant.ru/law/10064504-000.htm> - Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ»

#### 8.5. Глоссарий по теме 8

Классы компенсирующего обучения (ККО) – это классы с меньшим количеством учащихся (в среднем 9 – 12 человек), созданные для помощи учащимся с трудностями в обучении и поведении.

Классы выравнивания – это временная мера помощи ребенку: по мере выравнивания дети переводятся в обычные классы.

#### 8.6. Использованные информационные ресурсы

<http://www.un.org/russian/document/declarat/declhr.htm>

<http://www.un.org/russian/document/declarat/disabled.htm>

<http://www.consultant.ru/popular/edu/>

## Глоссарий

Аномалия развития (от греч. *anomalos* - неправильный) понимается как уклонение от обычного, несходство с обыкновенным, исключение, уклонение, причуда, необычайность, странность. Семантика слова «аномалия» включает наличие нетипичного, иного, при этом данное слово не рассматривается как несущее негативный оттенок. В словаре Ожегова появляется дополнительное значение аномалии как «отклонения от нормы, общей закономерности; неправильность», в этом смысле понятие аномалия сходно по смыслу с понятием девиация, («отклонение от правильной линии, от должного направления»). Социальную позицию нетипичных людей можно охарактеризовать как предписанную большинством членов общества, назначаемую без учета онтогенетических особенностей или предпочтений.

Асфиксия (от греч. *a* - частица отрицания и *sphygmōs* - пульс) - удушье. При асфиксии наблюдается расстройство дыхания и кровообращения до их полной остановки.

Брайля шрифт - рельефно-точечный шрифт для письма и чтения слепых, разработанный в 1829г. франц. слепым тифлопедагогом Л. Брайлем (Braille).

Основой шрифта являются различные комбинации выпуклых точек (от одной до шести), передающие изображения букв алфавита, цифр, знаков препинания, нотных знаков и т.д. Шрифт признан универсальным и распространен во всем мире.

Высшая нервная деятельность (В.Н.Д.) - деятельность коры больших полушарий головного мозга и ближайших к ней подкорковых образований, обеспечивающая нормальные сложные отношения целостного организма к внешнему и внутреннему миру и тонкое уравнивание организма с окружающими условиями на основе выработки и торможения временных связей. Учение о В.Н.Д. было создано отечественным физиологом И.П. Павловым (28).

Девиантное поведение (от лат. de - от, via - дорога) - система действий или отдельные поступки, отклоняющиеся (противоречащие) от принятых в обществе правовых, нравственных норм.

Делинквентное поведение (от лат. delinguentia - проступок, прегрешение) - это отклоняющееся поведение, которое в крайних своих проявлениях представляет собой уголовно наказуемое действие.

Депривация (от лат. deprivatio - лишение) - психическое состояние, возникающее в результате длительного ограничения возможностей человека для удовлетворения в достаточной мере его основных психических потребностей. Характеризуется отклонениями в эмоциональном и интеллектуальном развитии, нарушением социокультурных контактов.

Диагноз (от греч. diagnosis - распознавание) - констатация изучаемого

процесса, состояния, явления. В медицине - заключение о наличии заболевания, его причинах, степени выраженности, форме течения и сохранности защитных сил организма.

Катамнез (от греч. *kata* - после, *mnesis* - вспоминать) - комплекс сведений о состоянии больного и динамике у него болезни после установления/уточнения диагноза, проведения медико-социальных и психолого-педагогических мероприятий, окончания образовательного учреждения. Наблюдение за выпускником осуществляется в течение трех лет.

Кинестетический (от греч. *kinema*-движение, *aisthesis*-ощущение) анализатор анализирует и передает в головной мозг ощущение положения и движения органов тела. Кинестетическое ощущение вызывается раздражением проприорецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях, связках и суставах.

Консилиум (от лат. *consilium* - согласование) - совещание квалифицированных специалистов одной или разных специальностей для уточнения диагноза, назначения оптимальных средств медико-социального и психолого-педагогического воздействия и определения прогностических возможностей.

Менингит (анат. *meninges* - мозговые оболочки, греч. *-itis* - суффикс, обозначающий воспалительный процесс) - это воспаление оболочек головного и (или) спинного мозга.

Мутизм (от лат. *mutus* - немой) - отказ от активной речи. Представляет

собой невротическую реакцию на психотравмирующую ситуацию. Различают тотальный мутизм (полное и постоянное молчание) и избирательный (проявляется в определенных случаях). В большинстве случаев прогноз благоприятный.

Негативизм (от лат. *negatio* - отрицание) - лишенное объективных оснований сопротивление предъявляемым требованиям.

Нервная система - система органов у животных и человека, осуществляющая связь организма с внешней средой и взаимосвязь органов между собой. Нервная система регулирует и координирует все функции организма. Структурным и функциональным элементом нервной системы является нейрон, состоящий из нервной клетки с отростками, разветвлениями и концевыми аппаратами. Нервная система человека подразделяется на центральную и периферическую. Кроме того, выделяется так называемая вегетативная нервная система.

Норма здоровья - это, по мнению Т.И.Черняевой, состояние человека (включая биологический, психологический, социальный уровень), позволяющее ему эффективно взаимодействовать с природой и социокультурной средой. Другими словами, норма - это узаконенное установление, обычный, общепринятый, обязательный порядок, состояние чего-либо, а также как установленная мера, размер чего-либо.

Образование - целенаправленный процесс воспитания и обучения в интересах человека, общества, сопровождающийся констатацией достижения гражданином (обучающимся) установленных государством образовательных

уровней.

Онтогенез, онтогенетические недостатки (от греч. *ontos* - сущее, *genesis* - происхождение, развитие) - индивидуальное развитие организма от момента его зарождения до смерти. Недостатки индивидуального развития организма.

Паралич (от греч. *paralysis* - расслабление) - полное выпадение двигательных функций и полное отсутствие произвольных движений, вследствие нарушения иннервации соответствующих мышц.

Парез (от греч. *paresis* - ослабление) - уменьшение силы и (или) амплитуды активных движений в связи с нарушениями иннервации соответствующих мышц.

Прогрессиентность (от лат. *progredior* - идти вперед) - признак, характеризующий развитие, нарастание (часто неуклонное) психического заболевания. Прогрессиентность может быть непрерывной, либо с остановками, ремиссиями.

Релаксация (от лат. *relaxatio* - облегчение, расслабление) - состояние покоя, расслабленности, наступающее, например, при отходе ко сну или после сильных переживаний, физических усилий. Также релаксацией называется полное и частичное мышечное расслабление, достигаемое произвольно за счет специальных упражнений (аутогенная тренировка).

Сензитивный период или возраст (от лат. *sensibilitas* - чувствительный) - этап возрастного развития ребенка, наиболее благоприятный для освоения

каких-либо видов деятельности, формирования определенных психических функций. Понятие («сензитивный возраст») введено М. Монтессори для обозначения дошкольного детства, которое она считала наиболее важным этапом психического развития. В коррекционной педагогике показано, что наибольший коррекционно-развивающий эффект обучения детей с ограниченными возможностями (например, умственно отсталых) зависит от выбора оптимального возрастного периода. С этих позиций, научно обоснована необходимость раннего коррекционного воздействия, поскольку первые года жизни ребенка являются наиболее благоприятными для формирования высших психических функций.

Синдром (от греч. syndrome - стечение признаков болезни) - это система взаимосвязанных в патогенезе симптомов (признаков) болезни.

Специальное образование, как указывается в Законе РФ «О специальном образовании» от 1996г., это система условий, которые создает государство для детей и взрослых, имеющих специальные образовательные потребности, с целью обеспечения им равных возможностей в получении образования посредством ликвидации физических, финансовых или психологических барьеров, исключающих или ограничивающих участие этих лиц в жизни общества. Речь идет о дошкольном, общем и профессиональном образовании, для получения которого человек нуждается в специальных индивидуализированных методах обучения и воспитания, связанных с наличием у него физического или психического недостатка.

Специальная образовательная программа - программа, направленная на

обучение детей и взрослых, имеющих специальные образовательные потребности, адаптированная к их нуждам и индивидуальным особенностям; реализуемая в специальном образовательном коррекционном учреждении (детском саду, школе, школе-интернате), коррекционно-реабилитационном пункте, центре реабилитации, классе (группе) компенсирующего обучения в составе образовательного учреждения общего типа.

Специальные образовательные потребности - потребности в специальных (индивидуализированных) условиях обучения, включая технические средства; потребности в особом содержании и методах обучения, а также в медицинских, социальных и иных услугах, непосредственно связанных с образованием и необходимых для успешного обучения.

Фенилкетонурия (фенилпировиноградная олигофрения, болезнь Феллинга (ФКУ)) - наследственное заболевание, в основе которого лежит нарушение аминокислотного обмена. Впервые описана в 1934г. А. Феллингом. Встречаемость - один случай на 10-15 тысяч новорожденных. Характерный внешний признак - слабая пигментация кожи, волос и радужной оболочки. При ФКУ обычно отмечается глубокая интеллектуальная недостаточность (имбецильность или идиотия).

Фрустрация (от лат. frustratio - обман, тщетное ожидание) - психическое состояние, характеризующееся сильными отрицательными переживаниями, возникающими при невозможности удовлетворить какие-либо потребности.

Церебральный - от лат. cerebrum - головной мозг.

Шизофрения (от греч. schizo - расщепляю и phren - ум, разум) - эндогенное прогрессирующее психическое заболевание, которое характеризуется диссоциацией психических функций и протекающее с обязательным развитием дефекта в эмоционально-волевой сфере и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами (бред, галлюцинации, аффективные расстройства и др.). В клинической картине шизофрении выделяют триаду основных симптомов - аутизм, расщепление и эмоциональное отупление.

Энцефалит (от греч. enkephalos - головной мозг) - инфекционное воспалительное заболевание, вызванное проникновением в головной мозг (чаще - через кровь) болезнетворных микроорганизмов (бактерий, вирусов и т.п.).

Эпилепсия (от греч. epilepsia - схватываю) - нервно-психическое заболевание, выражающееся в периодически повторяющихся судорожных припадках.

Этиология (от греч. aitia - причина, logos - учение) - наука о причинах болезней (патологических состояний).

Этиопатогенез (от греч. aitia - причина, pathos - болезнь, genesis - происхождение, развитие) - совокупность представлений о причинах и механизмах развития болезни.