

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова»
Кафедра инклюзивного образования

Н.В. Кухтова

ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Курс лекций

*Витебск
ВГУ имени П.М. Машерова
2024*

УДК 159.97:616.8(075.8)

ББК 88.72я73

K95

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 3 от 29.02.2024.

Автор: доцент кафедры инклюзивного образования ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат психологических наук, доцент **Н.В. Кухтова**

Р е ц е н з е н т :

заведующий кафедрой технологии работы с лицами с особыми потребностями Псковского государственного университета, кандидат педагогических наук, доцент *Н.Ю. Шлат*

Кухтова, Н.В.

K95 Основы специальной психологии : курс лекций / Н.В. Кухтова. — Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2024. — 100 с.
ISBN 978-985-30-0196-9.

В курсе лекций «Основы специальной психологии» содержатся общетеоретические положения, лежащие в основе современной специальной психологии, материал о закономерностях нарушенного психического развития и даются характеристики детей с особенностями психофизического развития. Данное издание предназначено для студентов, обучающихся по специальности 7-07-0114-01 Специальное и инклюзивное образование.

УДК 159.97:616.8(075.8)

ББК 88.72я73

ISBN 978-985-30-0196-9

© Кухтова Н.В., 2024

© ВГУ имени П.М. Машерова, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
МОДУЛЬ 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ КУРСА «ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ»	7
Тема 1. Базовые категории специальной психологии	7
1.1 Специальная психология как самостоятельная отрасль науки и практики: определение, цель, задачи	7
1.2 История становления специальной психологии	8
1.3 Разделы специальной психологии, взаимосвязь с другими отраслями психологии и науками	15
Тема 2. Проблема нормы и патологии в современных науках о человеке	18
2.1 Понятие нормы в развитии детей. Понятие дефекта	18
2.2 Первичный и вторичный дефекты	20
Тема 3. Причины отклонений в психическом развитии. Классификации детей с особенностями психофизического развития	23
3.1 Этиология и патогенез нарушенного развития	23
3.2 Классификация психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10)	26
3.3 Современные классификации детей с особенностями психофизического развития	28
Тема 4. Концептуальные основы специальной психологии. Принципы и методы специальной психологии	30
4.1 Принципы специальной психологии	30
4.2 Методы специальной психологии	32
Тема 5. Закономерности развития детей с особенностями психофизического развития	38
5.1 Общие и специфические закономерности психического развития детей	38
5.2 Модально-неспецифические закономерности	38
5.3 Модально-специфические закономерности	41
5.4 Основные параметры дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому)	42
5.5 Личностные реакции на первичный дефект	44
Тема 6. Компенсация и коррекция отклонений в развитии. Социально-психологическая реабилитация и абилитация	45
6.1 Понятие о компенсации, декомпенсации, сверхкомпенсации, псевдокомпенсации	45
6.2. Компенсаторные процессы. Компенсация отклонений в развитии	46
6.3 Социально-психологическая реабилитация и абилитация	49
6.4 Понятие «коррекция»	51
МОДУЛЬ 2. ВАРИАНТЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА	54
Тема 1. Психическое недоразвитие. Поврежденное развитие	54
1.1 Олигофрения – форма тотального психического недоразвития. Понятие «умственная отсталость»	54
1.2 Этиология психического недоразвития	55

1.3 Клинико-патогенетическая классификация Г.Е. Сухаревой	56
1.4 Классификация М.С. Певзнер	56
1.5 Психологическая характеристика психического недоразвития	58
1.6 Деменция: понятие, этиология, виды	61
Тема 2. Задержанное развитие	62
2.1 Понятие «задержка психического развития» (ЗПР)	62
2.2 Терминология, используемая для обозначения данной категории детей в стране и за рубежом	62
2.3 Структура дефекта задержанного развития (по Е.С. Слепович)	64
2.4 Классификация ЗПР по этиологическому признаку, предложенная К.С. Лебединской	64
2.5 Психологическая характеристика задержанного развития	66
Тема 3. Дефицитарное развитие	69
3.1 Нарушения развития в связи с недостаточностью зрения и слуха	69
3.2 Этиология дефицитарного развития	70
3.3 Нарушения развития в связи с недостаточностью двигательной сферы	71
3.4 Этиология ДЦП	72
3.5 Формы ДЦП (по К.А. Семеновой)	72
3.6 Психологическая характеристика дефицитарного развития	73
Тема 4. Искажённое развитие. Дисгармоническое развитие	75
4.1 Понятие «расстройства аутистического спектра» (РАС)	75
4.2 Характерные признаки проявления РАС (по В.И. Лубовскому)	76
4.3 Этиология искажённого развития	78
4.4 Психологическая характеристика искажённого развития	78
4.5 Психопатия как форма дисгармонии личности	83
4.6 Этиология дисгармонического развития	84
4.7 Виды психопатий	84
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	85
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	86
ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ ИНТЕРНЕТА	90
ГЛОССАРИЙ	92

ВВЕДЕНИЕ

Специальная психология может быть охарактеризована как одна из старейших прикладных отраслей психологической науки, что следует понимать буквально, как систему использования психологических знаний в решении конкретных проблем практической деятельности человека. «Специальная психология» является одной из ведущих дисциплин специальности, изучаемой будущими учителями-дефектологами. В Кодексе об образовании Республики Беларусь (глава 59 «Научно-методическое обеспечение специального образования», статья 278 «Система научно-методического обеспечения специального образования») отмечается важность создания учебных программ, учебно-методической литературы и других изданий для организации учебно-воспитательного процесса в специальных учреждениях и подготовки для этой цели специалистов психолого-педагогического сопровождения.

В данной работе раскрыты методологические основы, принципы и методы специальной психологии. Представлены различные классификации нарушений психофизического развития. Освещаются вопросы этиологии нарушений психического развития, общие и специфические закономерности нормального и аномального развития детей. В том числе описаны характерные черты познавательной сферы, личности и межличностных отношений при разной структуре дефекта у детей с особенностями психофизического развития. Рассмотрены понятия: компенсация, адаптация у детей с особенностями психофизического развития, а также специфика их социализации.

Данный курс лекций позволяет в процессе обучения основам специальной психологии:

- уяснить ее связь с другими отраслями знаний;
- получить четкое представление об объекте исследования и предмете данной науки;
- изучить понятийный аппарат (специфическую терминологию);
- овладеть необходимым информационным минимумом;
- овладеть методами познания (как правило, общими для всех отраслей науки);
- освоить основные достижения в данной области знаний.

Освоение учебной дисциплины должно обеспечить формирование следующих компетенций:

БПК: проектировать и реализовывать образовательный процесс с учетом медико-биологических, психологических и лингвистических основ педагогической деятельности;

СК: решать задачи профессионального и личностного развития с применением навыков сохранения психологической безопасности личности в современных социальных условиях.

Будущий специалист должен обладать следующими информационно-коммуникационными компетенциями:

- владеть методологией поиска нового (информации, идей и т.п.), методикой анализа и адаптации знаний к своим профессиональным потребностям;
- уметь преобразовывать информацию в специальные знания;
- формировать информационную культуру обучающихся.

Будущий специалист должен иметь следующие проектные компетенции:

- осознанно и самостоятельно планировать профессиональную деятельность;
- осмысленно строить профессиональную карьеру;
- находить оптимальные решения инновационного характера;
- быть способными воплотить свои замыслы в инновационный проект и реализовать его;

- системно совершенствовать образовательный процесс;
- формировать у обучающихся способность к построению собственной образовательной траектории.

В результате изучения учебной дисциплины студент должен:

знать:

- категориальный аппарат специальной психологии;
- общие и специфические закономерности нарушенного развития;
- основные функции психики человека и их особенности при различных видах дизонтогенеза;

уметь:

- различать причину и следствие в условиях нарушенного развития;
- определять параметры дизонтогенеза;
- определять психологическую структуру дефекта при нарушениях психофизического развития;
- анализировать психологические характеристики детей с ОПФР;

владеть:

- современными классификациями нарушений в развитии;
- спецификой методов исследования при разных видах дизонтогенеза.

Изучение учебной дисциплины «Основы специальной психологии» обеспечивает формирование у студентов следующих компетенций: базовой профессиональной – применять знания и умения в области психологических основ педагогической деятельности в образовательном процессе; специализированной – проектировать образовательный процесс с обучающимися с особыми образовательными потребностями на основе системы психологических знаний и умений.

МОДУЛЬ 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ КУРСА «ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ»

Тема 1. Базовые категории специальной психологии

1.1 Специальная психология как самостоятельная отрасль науки и практики: определение, цель, задачи.

1.2 История становления специальной психологии.

1.3 Разделы специальной психологии, взаимосвязь с другими отраслями психологии и науками.

1.1 Специальная психология как самостоятельная отрасль науки и практики: определение, цель, задачи

Как целостная наука специальная психология сложилась в результате установления общих закономерностей в развитии, обучении и воспитании различных категорий детей с особенностями психофизического развития (ОПФР).

Специальная психология – отрасль психологической науки, изучающая закономерности психического развития и особенности психической деятельности детей и взрослых с ОПФР. Специальная психология изучает процесс развития, протекающий в осложненных условиях, которые сами по себе не могут изменить его сущности и направленности, но придают ему определенную специфику в форме особого способа реализации.

Как отмечает О.Н. Усанова *специальная психология* – это наука, занимающаяся изучением закономерностей атипичного развития, его проявлений и влияния на жизненный путь человека. Под *атипичией* О.Н. Усанова понимает развитие, при котором возникают изменения в виде отклонений или нарушений в функционировании когнитивных, эмоциональных и регуляторных процессов психики.

Н.А. Госудаев указывает на то, что специальная психология – это наука, изучающая механизмы и проявления нарушений нормы психического развития человека в процессе возрастных физических изменений и социального становления деятельности, закономерности компенсации психофизического дефекта, возможности психологической помощи в связи с задачами воспитания лиц с ограниченными возможностями обучения, в конечном счете, их социально-психической адаптации, интеграции в общество.

По мнению Е.С. Слепович специальная психология является разделом психологии, посвященным изучению психологических особенностей аномальных детей, дефект которых обусловлен диффузным поражением коры головного мозга (умственно отсталых), нарушением деятельности анализаторов (слепые, слабовидящие, глухие, слабослышащие, слепоглухонемые), недоразвитием речи при сохранении слуха (алалии, афазии).

Цель специальной психологии – изучение индивидуально-типических особенностей при нарушенном развитии, причин, механизмов и структуры дефекта, а также обоснование и разработка стратегий целенаправленной помощи, по улучшению качества жизни людей с ОПФР.

Предметом специальной психологии В.М. Сорокин называет изучение процесса психического развития в стесненных обстоятельствах. Само же нарушенное развитие, являющееся следствием воздействия этих обстоятельств, представляет собой стойкое изменение параметров актуального функционирования психики и темпов ее возрастной динамики, достоверно отличающихся от средних значений, характерных для данного возраста.

По мнению Е.С. Слепович основной задачей специальной психологии является изучение закономерностей психического развития, формирования личности у разных категорий аномальных детей под воздействием специальных методов и приемов воспитания и обучения.

Задачами специальной психологии, по мнению В.И. Лубовского, являются:

- 1) 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;
- 2) создание методов и средств психологической диагностики нарушений развития;
- 3) разработка средств психологической коррекции недостатков развития;
- 4) психологическое обоснование содержания и методов обучения и воспитания в системе специальных образовательных учреждений;
- 5) психологическая оценка эффективности содержания и методов обучения детей с недостатками развития в разных условиях;
- 6) психологическое изучение социальной адаптации лиц с недостатками в развитии;
- 7) психологическая коррекция дезадаптации.

Конкретное содержание задач специальной психологии зависит от изучаемого объекта и связано с определенным общественно-историческим контекстом.

Таким образом, весь широкий спектр задач специальной психологии обусловлен процессом разработки научных основ для методов и содержания обучения разных групп детей с отклонениями в развитии, коррекционной, реабилитационной и психо-профилактической работы с ними.

1.2 История становления специальной психологии

История специальной психологии выглядит достаточно скромно в сравнении с внушительным прошлым таких наук, как физика, химия, математика и др., но и она является неотъемлемой частью человеческой культуры, и в этом смысле поучительна, полезна и интересна, ибо связана с изучением душевного склада людей, живущих в иных условиях, чем подавляющее большинство так называемых нормальных индивидов.

Истории специальной психологии в отечественной литературе посвящено не так много работ. Отдельные фрагменты ее развития отражены в исследованиях, раскрывающих становление специальной педагогики. История любой науки никогда не начинается с пустого места или чистого листа; всегда существует некая предыстория. Научная психология уходит своими корнями в так называемую обыденную, житейскую психологию. Именно **обыденное сознание**, как одна из форм общественного, стало той сферой, где раньше всего начали концентрироваться знания о психике человека, в том числе и о психических отклонениях. Люди с подобными нарушениями жили в человеческом сообществе всегда и не могли не обращать на себя внимания окружающих. Обыденное сознание представляет собой бессистемный набор житейских представлений о тех или иных явлениях окружающего мира. Наблюдая за поведением лиц с отклонениями, люди пытались объяснить причины, вызвавшие их.

История любой науки никогда не начинается с пустого места или чистого листа; всегда существует некая предыстория. Научная психология уходит своими корнями в так называемую обыденную, житейскую психологию.

Характер обыденных представлений о причинах отклонений в психической деятельности во многом определял отношение людей к их носителям. И насколько разнообразны и противоречивы были такие представления, настолько неоднозначным явля-

лось и отношение к инвалидам – от сострадания и стремления помочь до откровенной враждебности и преследований. Подобного рода установки могли распространяться и на ближайших родственников лиц с психическими аномалиями.

Изучение типов житейского знания о природе отклонений в психическом развитии, их историческая эволюция и современное состояние представляет исключительный научный интерес, и не только в академическом смысле. Развитие в XX веке системы многосторонней помощи инвалидам с целью их наиболее полного включения в жизнь общества со всей отчетливостью показало, что состояние обыденного сознания может выступать как негативным, так и позитивным фактором реабилитационного процесса. Отношение к инвалидам на бытовом уровне не поддается законодательной регуляции и изменяется весьма медленно под влиянием систематической и длительной научно-просветительской работы. Обыденное сознание акцентирует внимание на отличиях, жестко деля социальный мир на «мы» (здоровые люди) и «они» (инвалиды), приписывая последним многочисленные отрицательные свойства. Не случайно подавляющее большинство респондентов социологических опросов отмечают необъяснимое эмоциональное напряжение, возникающее в ситуации, когда они сталкиваются с инвалидами. Это напряжение далеко от враждебности, но и не имеет положительного знака. Иррациональное приписывание инвалиду каких-то особых свойств, страх его «непредсказуемости» существенно затрудняют процесс общения.

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

Другой формой общественного сознания, возникшей позже обыденного и оказавшей на него сильнейшее влияние, было сознание религиозное, представляющее собой систему убеждений, основанных на вере. Религиозное сознание пытается построить целостную картину мира, по-своему объясняя все его явления. При этом следует особо отметить, что в ряду последних психические и физические аномалии всегда привлекали к себе особое внимание. Ни одна сколько-нибудь крупная мировая религия не обходила этот вопрос, решая его с точки зрения высшей справедливости, справедливого наказания или вознаграждения. Психические расстройства могли рассматриваться как наказание за какие-то грехи или как прямое проявление бесовства, что развязывало руки религиозным фанатикам. Лица с отклонениями преследовались, изгонялись, подвергались унижениям и физическому уничтожению. Проявление жалости к ним расценивалось как отступление от веры со всеми вытекающими последствиями.

В тех случаях, когда религиозное сознание трактует психическую аномальность как особый знак блаженности, отношение изменяется в иную сторону. Лица с отклонениями становятся объектами заботы и призрения. Достаточно обратиться к этимологии русского слова «убогий», которое сегодня имеет откровенно негативный смысл. В своем первоначальном употреблении оно означало близость к Богу и тем самым фиксировало особый характер обращения с такими людьми. Практическое осуществление этого включало разнообразные запреты на всякого рода притеснения, попытки воспитывать при монастырях лиц с умственными и физическими расстройствами, приобщение их к посильным видам труда и самообслуживания

В славянских странах считалось, что умственно отсталые дети – это дети Бога. Поэтому к их словам прислушивались и очень хорошо к ним относились. Католики же

считали, что умственно отсталые дети – это дети дьявола, поэтому их надо сажать в тюрьму или бросать в реку.

В средние века калеки являлись объектом христианской добродетели. Они составляли одну категорию населения с бедняками и стариками. В монастырях к ним относились как к гостям, ведь в евангелии сказано, что они первыми окажутся в Царстве Христовом. Живя на пожертвование родственников, соседей и прихожан, инвалиды занимали строго определенное положение в обществе. Их особой функцией было искупление грехов богачей. С одной стороны, ими восхищались из-за близости их судьбы с судьбой Христа. С другой – они внушали тревогу и страх.

Нельзя не отметить еще один источник знаний о природе отклонений в психическом развитии. Речь идет о художественной форме общественного сознания. Мировое и отечественное искусство и литература неоднократно обращались к образам персонажей с различными психическими нарушениями. Достаточно только сослаться на общеизвестные произведения таких авторов, как И. Репин, В. Суриков, В. Перов, М. Антокольский, Ф. Достоевский, Н. Гоголь, В. Короленко, А. Пушкин, А. Чехов, Л. Андреев, В. Гюго, А. Маршал, С. Болекаев, Н. Лесков, Б. Полевой, Н. Островский, К.А. Альшванг и многие др. Значение и роль этих персонажей в художественном замысле произведений могут быть совершенно различны как и сам характер и способ их описания. *Общим является стремление проникнуть во внутренний мир таких людей, раскрыть логику их поведения, дать через описание единичного картину всеобщей сущности природы человека независимо от состояния его психического здоровья.* Многие из произведений, раскрывая трагизм общественного бытия лиц с теми или иными расстройками, способствовали и способствуют изменению обыденных представлений и отношения общества к этой категории индивидуумов.

Если обыденные представления базируются на эмпирическом, житейском опыте, то религиозные и художественные имеют иную основу – иррационально-мистическую и образно-эмоциональную. Все три указанные формы общественного сознания существенно отличаются от более позднего по времени возникновения научного способа изучения мира.

Наука же опирается на рациональные факты, использует объективный способ получения информации. Ее целью является сбор достоверных, проверяемых и воспроизводимых сведений.

Впервые попытка дать рациональное объяснение природы различных отклонений в психическом развитии была предпринята в рамках *медицины*. Характер этого объяснения и способов лечения напрямую зависел от развития естествознания и, прежде всего, от представлений о строении и функциях нервной системы и их связи с психикой. Большинство из них сегодня выглядят более чем наивно, но для нас важнее другое: появление научных исследований знаменует собой *иной способ получения знания путем систематического наблюдения и эксперимента*, а также причинно-рационального способа трактовки добытых фактов.

По существу, первые научные, в строгом смысле этого слова, представления начали формироваться в процессе систематического обучения и воспитания детей с нарушениями в развитии. Подобная система стала складываться в Европе в XVIII столетии под влиянием гуманистических и просветительских идей. Достаточно указать в качестве примера на весьма знаменательный факт отграничения умственной отсталости как стойкого состояния недоразвития от психических заболеваний, впервые произведенное французским психиатром Ж. Эскиролем. В 1746г. был предпринят первый опыт обучения детей. Песталоцци связал обучение с воспитанием и развитием ребенка.

Он разработал теорию работы с тугодумными детьми, основным постулат которой был: «Умственно отсталый ребенок не менее развитый, а иначе развитый».

Положенные в основу обучения по преимуществу интуитивные представления об особенностях психического развития детей с отклонениями, а также об их потенциальных возможностях в реальном педагогическом процессе постепенно усложнялись, обогащались и дифференцировались. Тем не менее полученные практическим путем психологические знания представляли собой исключительно побочный продукт педагогической деятельности, оставаясь долгое время ее внутренним компонентом, не всегда ясно осознаваемым. По мере накопления исследовательского багажа они, прямо или косвенно, кристаллизовались в учебных программах, учебниках, методических рекомендациях и т. п. Именно поэтому период до конца XIX столетия можно рассматривать как особый этап в развитии специальной психологии, который характеризуется ее «включенным» состоянием в коррекционно-педагогический процесс; этап, на котором она еще не выделилась в самостоятельную форму познавательной деятельности со своим предметом и методами.

Формированию специальной психологии в качестве самостоятельной дисциплины во многом способствовало развитие экспериментальной психологии во второй половине XIX века. Уже к 90-м годам начали формироваться прикладные отрасли психологии. Первыми практическими сферами, в которых пытались использовать психологическое знание, были клиника и школа. Дефектологическая практика по своему содержанию занимала промежуточное положение между этими двумя областями. Именно поэтому на становление специальной психологии как самостоятельной науки оказали сильное влияние педагогическая и медицинская психология. Не случайно и по сей день в ее русле отчетливо прослеживается клинико-психологическая и психолого-педагогическая направленность исследований.

Бурное развитие специальной психологии в начале XX века неотрывно от особенностей культурного контекста европейской истории этого периода. Ярким примером повышения интереса к детской тематике стало появление особой науки – педологии, оказавшей сильное влияние на специальную психологию. Из педологии в последнюю пришли принципы динамического, системно-комплексного и сравнительного анализа. Генетическая идея, то есть изучение ребенка в процессе развития, стала доминирующей. Патологическая модель развития рассматривалась в педологии как неотъемлемый компонент знаний об общих закономерностях нормального процесса формирования детской психики.

В начале XX столетия в специальной психологии наблюдается активная внутренняя дифференциация. Первоначально, в соответствии со сложившейся системой обучения и воспитания аномальных детей, начинают складываться такие ее отрасли, как сурдопсихология, тифлопсихология и олигофренопсихология.

В конце XIX – начале XX века система обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии как в Европе, так и в России приобретает особую динамику. Открываются новые школы, приюты, санатории. Доминировавший клинико-биологический подход начинает все более активно дополняться социально-педагогическим. Именно в этот период появляются многочисленные научные работы, посвященные различным проблемам специальной психологии. Их авторами были Е. Маляревский, В.П. Кащенко, А.В. Владимирский, И.Г. Оршанский и многие другие. В 1915 г. был опубликован двухтомный фундаментальный труд Г.Я. Трошина «Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей».

Важную для специальной психологии роль сыграл В. М. Бехтерев, создавший в одном из подразделений руководимой им Психоневрологической академии специаль-

ную лабораторию по изучению психики детей с отклонениями в развитии. Система обучения и воспитания детей с отклонениями, по крайней мере, в нашей стране до недавнего времени была чуть ли не единственной сферой деятельности, где использование психологических знаний носило постоянный, систематический и обязательный характер. Речь, прежде всего, идет о применении психодиагностики при отборе детей в разные типы коррекционных учреждений. Как известно, первые тестовые методики, с которых и начался психодиагностический бум XX века, были созданы именно в рамках специальной психологии и предназначены для дифференциальной диагностики в системе отбора детей в коррекционные учреждения.

Бурное развитие специальной психологии в дореволюционный период России, в становлении которой помимо упомянутых нами ученых принимали самое непосредственное участие такие признанные лидеры психологической науки, как П.П. Блонский, А.П. Болтунов, М.С. Бернштейн, Г.И. Россолимо, А.Ф. Лазурский и др., было серьезно приостановлено до середины 20-х годов в связи со сложной политико-экономической ситуацией, сложившейся в результате революции, гражданской войны, массового голода и разрухи.

Постепенно к середине 20-х годов научно-исследовательские работы начинают возобновляться, хотя уже не достигают прежнего уровня из-за острой нехватки профессиональных научных кадров. Тем не менее судить об интенсивности проводимых исследований можно хотя бы по тому неполному списку учреждений Москвы, где они и осуществлялись. Среди них: Высшие педагогические курсы, Психологические научно-исследовательские курсы, Высшие научно-педагогические курсы, Академия социального воспитания, Педагогический институт детской дефективности, Психологический институт при первом МГУ, Центральный педологический институт, Государственный московский психоневрологический институт, Государственный медико-педологический институт Наркомздравоохранения, лаборатория экспериментальной психологии и детской психоневрологии при Неврологическом институте первого МГУ, Медико-педологическая клиника, Центральная психологическая лаборатория вспомогательных школ, Центральный гуманитарный педагогический институт, Музей дошкольного воспитания и др. Не менее интенсивно велась работа и в Ленинграде: в Психоневрологической академии, Институте мозга В. М. Бехтерева и в Ленинградском педагогическом институте. По всей стране были созданы городские, краевые и районные педологические кабинеты, представляющие собой некий прообраз государственной психологической службы в области аномального детства (А. И. Эткинд). Сегодня нет точных сведений, сколько таких лабораторий и кабинетов насчитывалось в стране. Однако в Москве и Ленинграде они существовали в каждом районе и во многих школах.

Центральным научно-исследовательским учреждением, возглавлявшим и координировавшим все российские изыскания в области специальной психологии, был созданный в 1919 г. Экспериментально-дефектологический институт.

Важной вехой следует считать открытие в 1929 г. в Москве научно-практического института детских домов и специальных школ и создание при нем лаборатории специальной психологии, объединившей усилия молодых талантливых ученых. В их числе был Л.С. Выготский. Он придал специальной психологии характер сформированной науки с собственным предметом, методами, задачами и системой объяснительных принципов. *Выготский не основал специальную психологию (как это часто утверждается), а способствовал ее окончательному оформлению и превращению в самостоятельную научную область. Это оказалось возможным благодаря его уникальным способностям продуктивно использовать опыт своих предшественников.*

Центральной стратегической задачей Л. С. Выготского было создание новой теории развития психики, которая была блестяще реализована, завершившись созданием концепции культурно-исторического развития, формирования высших психических функций, знакового опосредования, смыслового и системного строения сознания и т. д.

Уникальность данной научной ситуации состоит в том, что результаты клинико-психологических исследований Л. С. Выготского составили основу созданной им культурно-исторической теории развития психики. А упомянутая теория, в свою очередь, выступила базой для отечественной специальной психологии. Именно с этих позиций Л. С. Выготским были сформулированы важнейшие положения специальной психологии к которым относятся следующие:

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

Научная деятельность Л. С. Выготского пришлась на вторую половину 20-х – первую половину 30-х годов. Если середина 20-х характеризовалась весьма интенсивным развитием науки, то к началу третьего десятилетия положение начинает меняться. Усложнение социально-политической ситуации в стране приводит к усилению идеологического диктата и политическим репрессиям. Запрещаются целые научные направления. Познавательное значение науки рассматривается как нечто производное от задач обслуживания интересов практики в утилитарном смысле. Место научных теорий и гипотез занимают непререкаемые в своей абсолютности учения.

В это время гонениям подвергаются психотехника, социальная психология, психоанализ. Специальным постановлением ЦКВКП (б) «О педологических извращениях в системе Наркомпроса» осн. 1936 г. ликвидируется педология. Имя Л.С. Выготского упоминается лишь в связи с безудержной критикой, не имеющей никакого отношения к науке. Его работы станут доступными широкому читателю лишь через двадцать лет – в середине 50-х годов.

Для психологии это был тяжелый период. И дело заключалось не только в количественном уменьшении научной продукции, но прежде всего в изменении качества.

Определенная активизация в психологии отмечалась в период Великой Отечественной войны и после ее окончания. И опять это относилось по преимуществу к сфере специальной психологии. Увеличение числа инвалидов остро поставило вопрос об их социально-психологической и трудовой адаптации. Вопросами реабилитации занимались многие отечественные психологи (А.Н. Леонтьев, А.В. Запорожец, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Б.Г.Ананьев, А.Р. Лурия, Б.И. Коваленко, В.С. Мерлин и многие другие).

Со второй половины 50-х годов начинается возрождение психологической науки в СССР. Восстанавливаются в правах идеи Л.С. Выготского. Получает дальнейшее развитие специальная психология, ориентированная на практику обучения детей с психическими отклонениями. Тематика исследований в данной области пре-

имущественно была связана с изучением познавательных процессов – восприятие, память, мышление и речь. *Узкокогнитивный подход стал активно дополняться исследованиями эмоционально-волевой сферы, изучением личности, самосознания, межличностных отношений в условиях разных форм отклонений от нормального развития. Сами типологические группы рассматриваются шире как в клиническом, так и в возрастном аспектах.* Именно поэтому в объект специальной психологии стали включаться дети дошкольного и преддошкольного возраста. Таким образом, специально психологические исследования выступили одним из факторов формирования дошкольной коррекционной педагогики. Возрастной диапазон интересов специальной психологии увеличивается не только за счет дошкольников, но и лиц зрелого и пожилого возраста. В середине 60-х годов тема компенсаторных механизмов, анализируемых преимущественно на физиологическом уровне, постепенно сменилась на проблему социальной адаптации и реабилитации, общественного бытия взрослых инвалидов в широком аспекте: получение дальнейшего образования, профессиональное и личностное самоопределение.

Со временем трансформации подвергается и предмет разных разделов специальной психологии. От изучения выраженных форм той или иной патологии акцент смещается в сторону **резидуальных (остаточный, сохранившийся после перенесенного заболевания)** характеристик.

Так, например, первоначально объектом сурдопсихологии и тифлопсихологии были лишь глухие и слепые, по мере развития этих наук он стал включать в себя также слабослышащих и слабовидящих лиц.

Помимо внутренней модификации традиционных отраслей специальной психологии (тифло-, сурдо- и олигофренопсихологии) можно наблюдать формирование ее новых направлений, таких как психология детей с задержкой психического развития, психология лиц с патологией опорно-двигательного аппарата. Закладываются основы логопсихологии, психологии детей, выросших в условиях материнской депривации, реабилитационной психологии. Одновременно практика обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии отчетливо свидетельствует об изменениях в составе учащихся коррекционно-воспитательных учреждений. Основная особенность этих перемен заключается в усложнении структуры психических расстройств, проявляющемся в комбинированных сочетаниях разных аномалий. Эти нарушения создают качественно иные варианты отклоняющегося развития, не сводящиеся к простой сумме патологических элементов.

Наиболее часто встречаются нарушение интеллектуального развития с одновременной патологией зрения и (или) слуха, расстройство опорно-двигательного аппарата в сочетании с умственным недоразвитием и т. д. Появление подобных форм сочетанной патологии с неизбежностью ставит вопрос о специфике обучения и воспитания подобных детей, а это, в свою очередь, стимулирует проведение исследований своеобразия их психического развития. Закладываются основы новых разделов специальной психологии, возникающих на стыке традиционных.

Независимо от своеобразия предмета той или иной отрасли специальной психологии внутри каждой из них можно выделить *несколько направлений исследовательской работы*:

1) *клинико-психологическое*: характерно сопоставление полученных психологических данных с особенностями основного нарушения, его глубиной, этиологией и патогенезом.

2) *психолого-педагогическое*: ребенок с тем или иным отклонением рассматривается в контексте обучения и воспитания.

3) *социально-психологическое*: предметом его непосредственного изучения является ребенок не сам по себе, а характер его межличностных отношений, особенности процесса общения, групповая динамика, интерперсональное восприятие и т. п. Достаточно близко к указанному направлению примыкает *реабилитационно-ориентированные исследования, сочетающие в себе элементы трех упомянутых сфер*.

4) *консультативное*: оказание квалифицированной психологической помощи родителям и учителям проблемных детей.

(Параграф подготовлен по материалам ЭУМК «Основы специальной психологии» Е.А. Лемех)

1.3 Разделы специальной психологии, взаимосвязь с другими отраслями психологии и науками

В качестве отдельных разделов специальной психологии выделяются: психология детей с нарушенным интеллектом (*олигофренопсихология*), психология детей с нарушением слуха (*сурдопсихология*), психология детей с нарушением зрения (*тифлопсихология*), а также начавшие развиваться позднее психология детей с нарушениями речи (*логопсихология*), психология детей с задержкой психического развития, психология слепоглухих и еще более молодая – психология лиц с недостатками опорно-двигательного аппарата.

Олигофренопсихология охватывает широкий круг вопросов, связанных с изучением механизмов и структуры дефекта детей с интеллектуальной недостаточностью, а также с динамикой их спонтанного и направленного развития. Этот раздел специальной психологии формировался как сравнительная психология нормального и аномального ребенка.

Сурдопсихология рассматривается как когнитивное развитие личности при дефектах слуха. В центре внимания многих исследователей находилась проблема социальной адаптации глухих детей. Особо изучалась также взаимосвязь развития у них речи и других высших психических функций.

Тифлопсихология – изучает психическое развитие в условиях зрительной депривации. В этом разделе специальной психологии подробно исследуется познавательная деятельность при дефектах зрения, научно обосновываются методы обучения детей с нарушениями зрения

Современная специальная психология включает и *психологию детей с сочетанием нарушений* (например, слепоглухонемого).

У значительного количества детей с ОПФР имеются нарушения речи. Для многих из них эти нарушения являются ведущими, первичными. Такие нарушения исследуются *логопсихологией* – является разделом специальной психологии, изучающей психические особенности лиц, имеющих речевые нарушения.

Связь с другими отраслями психологии и науками рассматривается с позиций двух взаимосвязанных уровней.

Первый уровень – *внутрипсихологический*. Отражаются внутрипредметные связи, связанные с различными отраслями психологического знания (общая психология, возрастная психология, педагогическая психология, клиническая, социальная и другие). Так, *клиническая психология*, как и патопсихология, имеет дело с психологической проблематикой, связанной с текущими заболеваниями. Она занимается психологическими аспектами профилактики заболеваний, диагностикой психических болезней и вызванных соматическими заболеваниями патологических изменений психики, психологической коррекцией, способствующей выздоровлению, психологическими аспектами работы медицинского персонала, вопросами экспертизы и социально-трудовой реабилитации больных (табл 1).

Таблица 1 – Предмет и задачи специальной психологии и смежных наук

Отрасль	Особенности взаимосвязи со специальной психологией
Возрастная психология	сближает общность их объекта – развивающийся человек. Но если возрастная психология изучает возрастную динамику психики человека, онтогенез психических процессов и психологических качеств, то специальная психология изучает формирование психических новообразований в условиях специфической социализации – нарушении взаимодействия личности с окружающей средой. В этой связи проблемы специальной психологии решаются с учетом возрастных особенностей человека, имеющего врожденные или приобретенные проблемы развития, опосредованно влияющие на его социализацию.
Общая психология	Наблюдается сходства их определений, методов, понятийного аппарата. При этом общая психология изучает наиболее общие закономерности психической деятельности, строение и развитие психики в норме, то специальная психология изучает такие закономерности при нарушенном развитии.
Педагогическая психология	С интенсивное взаимодействие происходит при установлении закономерностей овладения знаниями, умениями, навыками детьми с ОПФР, при научении изменений их психики в процессе учебно-воспитательной работы. Специальная психология выявляет психологические механизмы, лежащие в основе педагогических взаимодействий с такими детьми, изучает закономерности педагогического процесса, определяет условия его оптимизации.
Патопсихология	Изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга, вызванных различными заболеваниями: закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Участие в дифференциальной диагностике и психиатрической экспертизе (трудовой, судебной, воинской), анализ структуры дефекта, психологическая коррекция в детском возрасте, отбор детей в специальные учебные заведения и профилактика отклоняющегося развития у детей
Клиническая психология	Психологические отклонения и особенности людей, включенных в лечебный процесс, психические факторы происхождения и течения болезней, их влияние на личность, аспекты целебных воздействий. Разработка психологических аспектов профилактики заболеваний; диагностика психических болезней и вызванных соматическими заболеваниями патологических изменений психики; коррекция, способствующая выздоровлению; аспекты работы медицинского персонала; вопросы экспертизы и социально-трудовой реабилитации больных

Так, психологическое изучение нормальных и аномальных детей в аспекте их развития, начатое еще Л. С. Выготским, сближает *возрастную, детскую, педагогическую и специальную психологию*.

Решение задач интегрированного обучения детей с нарушениями в развитии потребовало социально-психологических исследований и тем самым создало предпосылки взаимопроникновения *социальной и специальной психологии*. Арсенал фундаментальных положений специальной психологии обогатился представлениями о специфике общения и взаимодействия лиц с ОПФР, в этом же контексте проводятся исследования личностных особенностей этого контингента.

Некоторые авторы (В.В. Богословский, Л.Г. Ковалев, А.А. Степанов) считают специальную психологию частью *патопсихологии*, обосновывая свои взгляды тем, что обе науки изучают нарушения психического развития и психической деятельности людей (таблица 1). По их мнению, эти науки имеют одинаковый предмет. Специальная психология изучает специфику нарушений *развития* психической сферы у детей, тогда как патопсихология изучает закономерности *распада* сформировавшейся психики, структуры личности. Кроме того, специальная психология ориентирована на нужды коррекционной педагогики, а патопсихология направлена на решение задач психиатрической клиники.

Второй уровень – *внепсихологический*, предполагает изучение предметно-объектных оснований проблем специальной психологии с позиций философии, социологии, медицины, педагогики и других наук о человеке.

Существуют тесные связи *специальной психологии с медициной*, что связано с общим объектом изучения (субъектом с отклонениями и нарушениями психического развития), но отличаются предметом изучения. Наиболее прочны связи специальной психологии с *неврологией, психиатрией и физиологией*. Интеграция специальной психологии с областями медицинского знания открывает возможность качественно нового понимания структуры и механизмов нарушения психического развития, а также оценки состояния психики детей с нарушенным развитием.

Взаимосвязь *специальной психологии и психиатрии* обуславливает более глубокое понимание психопатологических последствий нарушенного развития.

Определение специальной психологии как психологической науки подразумевает ее отграничение от клинических дисциплин (невропатологии, психиатрии). *Клинические дисциплины изучают* этиологию и патогенез заболеваний, появление и чередование симптомов и синдромов, прогнозируют заболевания, занимаются их лечением и профилактикой. Эти связи основаны на общности объекта изучения, которым является человек и все многообразие его деятельности. Специальная психология зародилась в недрах медицины и дефектологии. Выделение специальной психологии в самостоятельную науку произошло, с одной стороны, вследствие запросов практики, с другой стороны, вследствие накопления и систематизации научных знаний в коррекционной педагогике, медицине, возрастной психологии. Взаимопроникновение специальной психологии и других наук – существенный фактор ее развития. Оценивая важность такого взаимопроникновения, необходимо четко представлять предмет и задачи специальной психологии во избежание размыwania ее границ.

Таким образом, *специальная психология* изучает закономерности нарушенного психического развития, его механизмы, особенности формирования личности лиц с нарушенным развитием, квалифицирует нарушения в понятиях современной психологии, занимается психодиагностикой и психопрофилактикой нарушений, разрабатывает теоретические основы психокоррекционной, психотерапевтической и психореабилитационной работы с такими лицами.

Тема 2. Проблема нормы и патологии в современных науках о человеке

2.1 Понятие нормы в развитии детей. Понятие дефекта.

2.2 Первичный и вторичный дефекты.

2.1 Понятие нормы в развитии детей. Понятие дефекта

Понятие **нормы** восходит к латинскому «правило», «образец», «руководящее начало». Норма предполагает такое сочетание личности и социума, когда она бесконфликтно и продуктивно выполняет ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности, отвечая при этом требованиям социума соответственно ее возрасту, полу, психосоциальному развитию.

Б.С. Братусь отмечал, что самым расхожим для многих психологов и психиатров остается понимание нормы как чего-то среднего, устоявшегося, не выделяющегося из массы и наиболее адаптированного к окружающей среде. А. Маслоу пишет, что общепринятый подход к человеку, когда нормой считается среднестатистическое, подталкивает к выводу, что «нормальность» – лучшее, чего можно ожидать от человека, и потому должно довольствоваться ею. Однако он склонен считать такую норму скорее болезнью, уродством, задержкой человеческого развития, «недо-человечностью».

Строгого научного определения понятия «*норма личности*» не существует. Между нормальным типом поведения и патологическим (болезненным) находится огромное количество переходных форм. В компетенцию психолога входят коррекция и развитие отклоняющихся от нормы проявлений, состояний, форм поведения здорового ребенка.

Исследования Л. Пожар показали, что развитие ребенка будет считаться нормальным при следующих условиях: 1) уровень его развития соответствует уровню развития большинства детей его возраста или старшего возраста; 2) ребенок развивается в соответствии с его собственным общим путем, определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения; 3) ребенок развивается в соответствии с требованиями общества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого социального функционирования в период зрелости.

А.Р. Лурия выделяет **пять основных условий нормального психического развития**: 1) сохранность структур и функций ЦНС; 2) сохранность анализаторных систем; 3) сохранность речевых систем; 4) физическое здоровье; 5) адекватное возрасту воспитание и обучение. Многообразные нарушения любого из приведенных факторов способны приводить к появлению множества вариантов отклоняющегося развития.

Г.К. Ушакова выделяет следующие **первоочередные критерии нормы**: 1) детерминированность психических явлений, их необходимость, причинность, упорядоченность; 2) соответствующую возрасту индивида зрелость чувства постоянства места обитания (константность); 3) максимальное приближение формирующихся субъективных образов отражаемым объектам действительности; 4) гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней; 5) адекватность реакций человека на окружающие его физические, биологические и психические влияния; 6) соответствие физических и психических реакций силе и частоте внешних раздражителей; 7) удовлетворение своим местом в среде себе подобных, гармонию взаи-

моотношений с ними; 8) умение уживаться с иными лицами и с самим собой; 9) критический подход к обстоятельствам жизни; 10) способность самокоррекции поведения в соответствии с нормами, типичными для разных коллективов; 11) адекватность реакций на социальную среду; 12) чувство ответственности за потомство и близких членов семьи; 13) постоянство и идентичность переживаний в однотипных обстоятельствах; 14) способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций; 15) самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для его остальных членов; 16) способность планировать и осуществлять свой жизненный путь.

М.М. Семаго отмечает, что понятие «норма» должно быть соотнесено не только с «уровнем психологического и социального развития ребенка в конкретные периоды его взросления, но и с требованиями, которые окружающий ребенка социум предъявляет к нему». Автор в качестве критериев нормы предлагает использовать ряд позиций:

1) *социально-психологический норматив (СПН)* – система исторически детерминированных требований (правила, нормы, предписания – идеальная модель требований общества к личности), которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов;

2) *функциональная норма* – индивидуальная норма развития, которая является отправной точкой и целью коррекционно-развивающей работы;

3) *идеальная норма* – «программа развития» ребенка в идеальных социокультурных условиях;

4) *типологический норматив* – совокупность наиболее частотных характеристик и особенностей ребенка, отражающих специфический вариант развития – «психологический синдром».

Так, выделяют различные виды норм – статистические, физиологические, индивидуальные и др.

1. Статистическая норма. 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.

2. Индивидуальная (функциональная) норма. Нормальным считается то, что обеспечивает человеку, как субъективное удовлетворение, так и самореализацию при адекватном восприятии и принятии реальности. Объектом анализа и оценки является индивид с его возможностями, способностями, потребностями, желаниями, опытом и др.

3. Идеальная норма. В идеальной норме при оценке человека на передний план выступает образцовое, идеальное. Возникает в виде обобщения положительных качеств выдающихся людей.

4. Социальная норма. Это общепризнанные правила, образцы поведения, стандарты деятельности, обеспечивающие упорядоченность, регулярность социального взаимодействия индивидов и групп.

5. Групповая норма. Это специфический вид и своеобразное преломление социальных норм. Наличие в группе достаточно развитой, разветвленной и устойчивой системы норм позволяет ей соотнести поведение каждого ее члена с эталоном и на этом основании выбрать эффективное средство воздействия на индивидуума.

Ориентация на норму важна на этапе выявления недостатков в развитии с целью определения специальной помощи. Существенное различие между нормальными и «ненормальными людьми» состоит в том, что психические черты у первых являются случайным признаком, от которого они могут легко освободиться, если захотят приложить соответствующие усилия.

В свою очередь, под **дефектом** (от лат. *defectus* – недостаток) понимается физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка. *Дефект* одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных обстоятельствах. Влияние дефекта всегда двойственно: с одной стороны, он затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой – служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток.

2.2 Первичный и вторичный дефекты

Следует различать *две группы дефектов*:

- *первичные дефекты*, к которым относятся частные и общие нарушения функций центральной нервной системы, а также несоответствие уровня развития возрастной норме (недоразвитие, задержка, асинхрония развития, ретардация, регресс, акселерация), нарушения межфункциональных связей. Он является следствием таких нарушений, как недоразвитие или повреждение мозга. Проявляется дефект в виде нарушения слуха, зрения, паралича, нарушений умственной работоспособности, мозговых дисфункций и т. д.;

- *вторичные дефекты*, которые возникают в ходе развития ребенка с нарушениями психофизического развития в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений, а детерминирует отклонения в личностном развитии. *Механизм возникновения вторичных дефектов* различен. Вторичному недоразвитию подвергаются функции, непосредственно связанные с поврежденной. Например, по этому типу возникает нарушение формирования речи у глухих. Вторичное недоразвитие характерно и для тех функций, которые во время повреждения находились в сензитивном периоде развития. В результате этого разные повреждения могут приводить к сходным результатам. Так, например, в дошкольном возрасте в сензитивном периоде развития находится произвольная моторика. Поэтому различные повреждения (перенесенный менингит, травма черепа и т. д.) могут привести к явлениям задержки в формировании этой функции, что проявляется как двигательная расторможенность.

Важнейшим фактором возникновения вторичного дефекта является *социальная депривация*. Дефект, препятствующий нормальному общению ребенка со сверстниками и взрослыми, тормозит усвоение им знаний и навыков, развитие в целом. Особое место в группе вторичных дефектов занимают личностные реакции на первичный дефект.

Л.С. Выготский вводит понятие **структура дефекта** – первичный симптом, являющийся следствием биологически обусловленного дефекта, составляет ядро сложного симптомокомплекса (синдрома) и лежит в основе вторичных симптомов.

Идея структурной организации дизонтогенеза принадлежит Л.С.Выготскому. **Структура дефекта** состоит из первичного, вторичного и следующих порядков дефектов (нарушений). Приведем определения составляющих структуры дефекта, данные В.М. Сорокиным.

Первичные, или ядерные, нарушения представляют собой мало обратимые изменения в параметрах работы той или иной функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора.

Данная проблема в специальной психологии в настоящее время требует детальной проработки, она сложна и неоднозначна. Существуют две точки зрения на структуру дефекта: 1) понятие «первичный дефект» рассматривается как нарушение, лежащее в основе клинической картины; 2) понятие «первичный дефект» рассматривается как первичное нарушение операции, психической функции.

В литературе встречаются указания на то, что первичными дефектами выступают органические поражения мозга и анализаторных систем. На самом деле, на наш взгляд, подобные нарушения не представляют собой явления психологического порядка и не могут включаться в структуру психологического анализа (М.В. Жигорева, А.М. Поляков, Е.С. Слепович, В.М. Сорокин, И.А. Шаповал и т.д.). Первичные нарушения непосредственно вытекают из биологического характера болезни. Однако речь идет о нарушениях в работе именно психических функций, а не их анатомо-физиологических предпосылок. Например, первичный дефект при нарушении слуха – выпадение или недостаточность слухового восприятия, а не отсутствие слуха!

Нарушенное развитие определяется временем возникновения первичного нарушения и тяжестью его выраженности. Наличие первичного нарушения оказывает влияние на весь ход дальнейшего развития ребенка.

Вторичные, или системные, нарушения представляют собой обратимые изменения процесса развития психических функций, непосредственно связанных с первично нарушенной. Например, вторичным дефектом при нарушении слуха является нарушение речи.

Подобные расстройства обладают большей степенью обратимости под влиянием коррекционных мероприятий, но исправление этих нарушений может быть весьма длительным и трудоемким, что не исключает в ряде случаев возможности спонтанного восстановления. Вторичные нарушения и сохранные функции являются основным объектом психодиагностики и психолого-педагогического коррекционного воздействия.

Наличие первичного нарушения автоматически не приводит к появлению вторичных отклонений, формирование которых связано с действием разнообразных механизмов. Одно и то же первичное нарушение с возрастом будет менять состав вторичных отклонений. Этим объясняются существенные различия в структуре последних при одном и том же ядерном расстройстве у людей разного возраста. Кроме того, различия во многом зависят от индивидуальных особенностей человека, в частности от его компенсаторных возможностей, и тем более от своевременности и адекватности коррекционной работы, эффективность которой тем выше, чем раньше она начинается.

В результате сочетания первичных и вторичных нарушений формируется сложная картина нарушений, которая с одной стороны, индивидуальна у каждого ребенка, а с другой – имеет много сходных характеристик в пределах каждого типа нарушенного развития. Психологические и биологические проявления существуют в сложном взаимодействии, взаимно влияя друг на друга.

С позиций концепции Л.С. Выготского возникновение системных отклонений связано с тем, что любое первичное нарушение препятствует процессу усвоения человеческого опыта социализации, вращению ребенка в культуру общества, т.к. все социальные институты так или иначе рассчитаны на нормальную, стандартную психофизиологию. Именно это давало основание Л.С. Выготскому рассматривать данные расстройства как «социальный вывих», как феномен выпадения ребенка из культуры, что является подлинной причиной отклонений от нормального хода развития. Трудности в усвоении общечеловеческого опыта могут в известной мере преодолеваются за счет создания обходных путей, установления новых связей с социальным миром при опоре на сохранные возможности ребенка. Характер соотношений первичных и вторичных симптомов весьма сложен, что подтверждает реальная психодиагностическая практика. Не всегда легко обнаружить первичное нарушение и отделить его от вторичных, в силу того, что последние могут быть весьма выраженными и тем самым маскировать ядерные расстройства. В подобных случаях не исключена диагностическая ошибка, при которой вторичные отклонения принимаются за первичные. Следствием этого могут быть неверные рекомендации относительно характера и направления коррекционной работы.

Таблица 2 – Структура дефекта при различных нарушениях

Дефект и его структура	Первичный дефект	Вторичный дефект	Третичный дефект
Структура дефекта при интеллектуальной недостаточности	Инаковость (бездеятельность)	Нарушения психических функций в качестве высших	Специфика развития личности Дезадаптация
Структура дефекта при нарушении слуха	Выключение или грубая недостаточность слухового восприятия	Нарушения речи	Специфика мышления Специфика развития личности Дезадаптация
Структура дефекта при нарушении зрения	Выключение или грубая недостаточность зрительного восприятия	Недоразвитие психомоторики Нарушение пространственной ориентации	Специфика развития личности Дезадаптация
Структура дефекта при нарушении при ДЦП	Двигательные нарушения	Нарушения зрительного восприятия Нарушения речи Нарушения пространственного гнозиса и праксиса	Специфика развития личности Дезадаптация
Структура дефекта при нарушении речи	Речевые нарушения	Задержка психического развития	Специфика развития личности Дезадаптация
Структура дефекта при нарушении РДА	Энергетическая недостаточность Нарушение инстинктивно-аффективной сферы Низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным фоном ощущений	Аутистические установки	Специфика развития личности Дезадаптация
Структура дефекта при психопатии	Нарушение констант темперамента	Нарушение эмоционально-аффективной сферы	Специфика развития личности Дезадаптация

Тема 3. Причины отклонений в психическом развитии.

Классификации детей с особенностями психофизического развития

- 3.1 Этиология и патогенез нарушенного развития.
- 3.3 Классификация психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10).
- 3.4 Современные классификации детей с особенностями психофизического развития.

3.1 Этиология и патогенез нарушенного развития

Этиологией называется учение о причинах и условиях возникновения каких-либо явлений. В медицинской и специальной психологии *причина* определяется как *воздействие на организм внешнего или внутреннего патогенного фактора, вызывающего болезнь или отклонения в развитии*.

Условия – это внешние и внутренние факторы, способствующие или препятствующие возникновению болезни, но сами по себе ее не вызывающие. В разных случаях один и тот же фактор может играть роль то причины, то условия нарушения.

Говоря об этиологии нарушений в развитии, используют и понятие «патогенез». В свою очередь *патогенез* – это механизм зарождения и развития нарушения и отдельных её проявлений. Рассматривается на различных уровнях – от молекулярных нарушений до организма в целом. Изучая патогенез, специалисты выявляют, как, каким образом развивается нарушение. Именно наличие описания патогенетических процессов, на различных уровнях, позволяло всё глубже проникать в причины развития нарушений и подбирать для них все более эффективные методы коррекции. Также ввиду наличия взаимосвязи между *этиологией* и патогенезом, в литературе появился термин «*этиопатогенез*», определявший совокупность представлений о причинах и механизмах развития нарушения, но поскольку он способствовал смешению понятий причины и следствия в патологии, широкого распространения не получил.

Психомоторное развитие ребенка требует нормального развития и функционирования головного мозга. Вредные факторы, действующие в *пренатальном* (внутриутробном), *интранатальном* (время рождения и первые семь дней жизни) и *постнатальном* (в первые семь лет жизни) периодах, нарушают созревание и работу мозговых систем. Кроме того, выделяется *перинатальный* период (с 28-й недели беременности).

Любое отклонение в развитии и жизнедеятельности психики всегда имеет свою причину, причем одна и та же причина может приводить к совершенно разным отклонениям в здоровье или развитии. Большинство нарушений онтогенеза невозможно свести к какой-то одной, единственной причине, чаще всего имеет место *многофакторность* возникновения нарушения. Расстройства психики могут быть обусловлены различными *факторами*: *биологическими* (органическое повреждение мозга), *психическими* (нарушения познавательной деятельности), *социальными* (неблагоприятные условия воспитания), *экологическими* (нарушения питания на первом году жизни, плохие жилищные условия) и др.

Д. Шульте выделяет следующие типы расстройств психики и ее развития: *нарушения в организме и нервной системе; нарушения психики как сбой программ, перерабатывающих информацию и регулирующих поведение; результат неблагоприятного влияния окружающей среды*.

Причины органического повреждения мозга и нервной системы могут быть очень разными, при этом важную роль для дальнейшего развития и жизнедеятельности играют как непосредственный причинный фактор, так и время его воздействия. По *хроногенному критерию* построена этиологическая классификация А. Гезелла (таблица 3).

Таблица 3 – Этиологическая классификация дефектов и отклонений развития

Причины (по времени действия)	Дефекты и отклонения развития
Генетические	Хромосомные аномалии. Дегенеративные заболевания. Врожденные дефекты метаболизма. Пороки развития
Пренатальные	Внешние травмы. Малый вес при рождении. Пороки развития. Инфекции матери. Облучение матери. Интоксикация. Недостаток питательных веществ у матери (до и после зачатия). Другие осложнения во время беременности. Плацентарные дефекты: дегенерация, повреждение плаценты, досрочное разделение. Сезонные и географические факторы. Социально-экономические факторы. Стресс – эмоциональный, от излишней работы и др.
Перинатальные	Гипоксия. Сдавливание и разрыв нервной ткани. Кровотечения. Желтуха, несовместимость групп крови, сепсис и др. Другие расстройства новорожденного.
Постнатальные	Дегенеративные и неопластические заболевания. Инфекции. Интоксикации. Истощение. Депривация. Обедненная в социально-культурном и образовательном аспектах среда. Травма

Большое значение имеет *время повреждения*: чем раньше действует патогенный фактор, тем более выражен объем поврежденных тканей. Плод особенно чувствителен к патогенным воздействиям в критические периоды развития. Первый критический период у человека – первая неделя после зачатия, второй – соответствует пяти – восьми-недельному зародышу.

Г.И. Лазюк в соответствии с периодом патогенного влияния выделяет следующие *типы патологии*: 1) *гамеопатии*, включающие все изменения, происшедшие в гаметках (повреждающие факторы могут воздействовать на половые клетки во время их закладки, формирования и созревания); 2) *бластопатии* возникают в первые 15 суток после оплодотворения; зародыш либо погибает, либо продолжает развиваться без формирования пороков; 3) *эмбриопатии* возникают во второй критический период; 4) *фетопатии* – патология плодного периода, охватывающая время внутриутробного развития с 9-й недели и до рождения.

В зависимости от характера биологического патогенного фактора Е.М. Мاستюкова выделяет *семь основных форм нарушений*:

1) *гипоксическая форма* вследствие асфиксии или клинической смерти ребенка во время рождения наступает кислородная недостаточность мозга с гибелью нервных клеток и малообратимыми изменениями ЦНС. Это может проявиться в ДЦП, нарушениях речи, интеллекта. Дети, родившиеся в асфиксии, страдают задержками психомоторного и речевого развития, становления личности.

2) *травматическая форма* наблюдается при механических травмах мозга и внутричерепных кровоизлияниях. При этом происходит локальная гибель нервных клеток с последующим замещением их рубцовой тканью или гидроцефалия с повышением внутричерепного давления и атрофией участков мозга. Особое место занимает родовая травма, когда наряду с механическими повреждениями наблюдается нарушение мозгового кровообращения и кислородное голодание плода. Повреждение вызывает двигательные и речевые расстройства, нарушения памяти и внимания, умственной работоспособности, эмоциональной сферы и поведения.

3) *воспалительную форму* вызывают нейроинфекции – менингиты и энцефалиты, вторичные воспалительные заболевания мозга, возникающие в виде осложнений при кори, ветряной оспе, гриппе, воспалении легких. В остром периоде этих заболеваний возможно развитие энцефалита, поражение вещества и оболочки головного и спинного мозга с последующими двигательными, речевыми, интеллектуальными нарушениями.

Наиболее тяжелые последствия наблюдаются при внутриутробном поражении вследствие различных инфекций матери (краснуха, грипп, инфекционный гепатит и др.). В постнатальном периоде заболевание менингитом может привести к развитию гидроцефалии, глухоте, двигательным нарушениям, ЗПР. Перенесенный энцефалит бывает причиной глубоких задержек психического и моторного развития, аффективных вспышек, неустойчивого настроения.

4) токсические формы чаще обусловлены внутриутробными интоксикациями. Причиной может быть прием матерью во время беременности лекарственных препаратов – антибиотиков, сульфаниламидов и др. Действие ядовитых продуктов на ЦНС вызывает задержки развития, умственную отсталость с нарушениями сенсорной сферы и др. Другая причина – алкоголизм родителей, употребление алкоголя матерью во время беременности. В результате наблюдается сложное сочетание различных отклонений: структурные изменения в ЦНС, костной системе, внутренних органах сопровождаются неврологическими, психическими и нейроэндокринными нарушениями.

5) эндокринные заболевания могут стать причиной интоксикации и поражения ЦНС, изменений в костной и соматической сферах, задержек психомоторного развития. Одна из причин этого – недостаточность функций щитовидной железы. Эндокринная система вырабатывает гормоны, поступающие в кровь, лимфу, и регулирует протекание обмена веществ в организме. При нерезком понижении функции щитовидной железы возникает гипотериоз, приводящий к замедлению психического развития.

6) хромосомные синдромы как причины нарушений в развитии ребенка подразделяются на две основные формы: *абберрации* (изменения числа или структуры хромосом, порождающие генный дисбаланс), *генные заболевания* (число и структура хромосом остаются неизменными, а ген, представляющий собой локус (микроучасток) хромосомы и контролирующий развитие определенного наследственного признака, под влиянием радиации, токов высокой частоты и других неблагоприятных факторов внешней среды мутирует и начинает программировать развитие измененного признака).

7) наследственные заболевания и синдромы с неуточненным типом наследования вызывают изменения небольших участков хромосом, влекущие за собой множественные врожденные аномалии лица, конечностей, соматические и неврологические повреждения, интеллектуальную недостаточность с тяжелыми нарушениями речи.

Среди неблагоприятных психосоциальных факторов называют: *психическую депривацию, расстройства привязанности, ситуации сепарации*.

Психическая депривация – психическое состояние, возникшее в результате определенных условий, когда субъекту долгое время не предоставляется возможность удовлетворения основных психосоциальных потребностей в достаточной мере. Были выделены следующие виды депривации: 1) *материнская* (эмоциональная), возникающая в раннем детстве в связи с недостаточными контактами с матерью; 2) *сенсорная* из-за лишения необходимой для жизнедеятельности информации; 3) *социальная* из-за недостаточных контактов с окружающей средой. При депривации психическое развитие ребенка не прекращается, но он испытывает состояние душевного страдания, дискомфорта: по аналогии с недоеданием, некоторые авторы определяют депривацию как психическое голодание.

Характерные депривационные симптомы и симптомокомплексы: 1) задержка и искажения интеллектуального развития; 2) эмоциональные расстройства и искажения формирования эмоций; 3) волевые нарушения (от снижения активности до выраженной пассивности); 4) коммуникативные нарушения; 5) двигательные стереотипии и привычные действия в бодрствовании (например, сосание пальца, раскачивания, мастурбация и т.п.); 6) расстройства инстинктивной сферы и функциональные соматовегетативные проявления (нарушения аппетита, сна и др.).

Расстройства привязанности. Привязанность к матери в норме формируется к 7-8 мес. Чем лучше мать обеспечивает комфортное состояние ребенка, тем легче вырабатываются у него чувства безопасности и защищенности. При расстройствах привязанности наблюдаются: нежелание вступать в контакт, апатичный или сниженный фон настроения, настороженность или «диффузная общительность» – желание общения почти со всеми людьми, привлечение к себе внимания.

Дж. Боулби (1951) вводит понятие «**сепарация**» – ситуация долговременной разлуки ребенка с матерью или иным лицом, занимающим ее место. И. Лангмейер и З. Матейчек включают в ситуацию сепарации и всякое прекращение специфической связи между ребенком и его социальной средой. Особенно серьезна такая ситуация для детей в первые 3–5 лет жизни. Сепарация затрагивает этическое развитие личности и формирование у ребенка нормального чувства тревоги.

Выделяют и **другие факторы**, влияющие на развитие ребенка: 1) пребывание в круглосуточных яслях, домах ребенка, детских домах, больницах или санаториях; 2) изолированность семьи от ближайшего окружения; 3) неправильное воспитание в семье; 4) неадекватное или искаженное внутрисемейное общение; 5) воспитание психически больным или неполноценным родителем; 6) межличностные факторы.

Кроме того, как отмечает В.Г. Петрова, выявление детей с ОПФР, прежде всего, должно проводиться в семьях с «**повышенным**» *риском*, к числу которых можно отнести семьи, где уже есть: 1) ребенок с нарушениями развития; 2) члены семьи (бабушки, дедушки, дяди, тети) с нарушениями развития любого вида; 3) дети, перенесшие внутриутробную гипоксию, родовую асфиксию, травму, нейроинфекцию и т.д.; 4) родители, которые подвергались радиационному облучению, жили в неблагоприятной экологической обстановке, работали в опасных для здоровья условиях химической промышленности; 5) матери, во время беременности, перенесшие острое инфекционное заболевание, тяжелый токсикоз, травму; 6) один из родителей – наркоман или страдает алкоголизмом.

3.2 Классификация психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10)

На основе кодификации нарушений психофизического развития в **МКБ-10** выделяются следующие:

I. (F70-F79) – Умственная отсталость

Умственная отсталость – (интеллектуальная недостаточность)

F70 – умственная отсталость легкой степени

F71 – умственная отсталость умеренная

F72 – умственная отсталость тяжелая

F73 – умственная отсталость глубокая

F78 – другие формы умственной отсталости

F79 – умственная отсталость неуточненная

II. (F80-F89) – Расстройства психологического развития

F80 – специфические расстройства развития речи и языка

F80.0 – специфические расстройства речевой артикуляции – (дислалия)

F80.1 – расстройство экспрессивной речи – (моторная алалия)

F80.2 – расстройство рецептивной речи – (сенсорная алалия)

F80.3 – приобретенная афазия с эпилепсией – (детская афазия)

F80.3 – приобретенная афазия с эпилепсией – (детская афазия)

F81 – специфические расстройства развития учебных навыков

F81.0 – специфическое расстройство чтения – (дислексия)

F81.1 – специфическое расстройство спеллингования – (дисграфия)

F81.2 – специфическое расстройство арифметических навыков – (дискалькулия)

F81.3 – смешанное расстройство учебных навыков – (задержка психического развития психогенного происхождения)

F81.9 – расстройство развития учебных навыков неуточненное – (задержка психического развития вследствие психофизического инфантилизма (конституционального происхождения))

F82 – специфические расстройства развития моторной функции

F83 – смешанные специфические расстройства психологического развития – (задержка психического развития церебрально-органического происхождения)

III. (R47-R49) – Симптомы и признаки, относящиеся к речи и голосу

R47.0 – дисфагия и афазия – (афазия)

R47.1 – дизартрия, анартрия – (дизартрия, анартрия)

R49.0 – дисфония – (дисфония)

R49.1 – афония – (афония)

R49.2 – открытая гнусавость и закрытая гнусавость – (открытая и закрытая ринолалия)

F98.5 – заикание – (заикание)

F98.6 – речь взхлеб – (тахилалия)

Примечание. В МКБ-10 не содержится ссылок на другое расстройство темпа речи – брадилалию (патологически замедленный темп речи). В логопедической практике выделение данного нарушения является целесообразным.

F84 – общие расстройства психологического развития

F84.0 – детский аутизм

F84.1 – атипичный аутизм

F84.2 – синдром Ретта

F84.3 – другое дезинтегративное расстройство детского возраста

F84.4 – гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (IQ ниже 50)

F84.5 – синдром Аспергера

F84.8 – другие общие расстройства развития – (задержка психического развития соматогенного происхождения или вследствие минимальной мозговой дисфункции).

IV. (H60-H95) – Болезни уха и сосцевидного отростка

H90 – кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха двусторонняя

Таблица 4 – Кодификация нарушений психофизического развития в МКБ-10

Код МКБ-10	Болезнь	Состояние	Категория детей
H90.0	Кондуктивная потеря слуха двусторонняя	Глухота (потеря слуха свыше 80 дБ): врожденная; раноприобретенная (до 3 лет); приобретенная (после 3 лет)	Глухие
H90.3	Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя		Ранооглохшие Позднооглохшие
H90.5	Нейросенсорная потеря слуха неуточненная Врожденная глухота БДУ Снижение слуха: центральное сенсорное Нейросенсорная глухота		Слабослышащие с грубым недоразвитием речи
H90.6	Смешанная кондуктивная и нейросенсорная тугоухость двусторонняя	Тугоухость (потеря слуха в диапазоне 84 дБ)	Слабослышащие с относительно развитой речью

V. (H00-H59) – Болезни глаза и его придаточного аппарата

H53 – расстройства зрения

H53.0 – амблиопия вследствие анопсии

H54 – слепота и пониженное зрение

H54.0 – слепота обоих глаз. Нарушение зрения категории 3, 4, 5, обоих глаз

H54.1 – слепота одного глаза, пониженное зрение другого глаза. Нарушение зрения категории 3, 4, 5, одного глаза и категории 1 или 2 обоих глаз

H54.3 – неопределенная потеря зрения обоих глаз. Нарушение зрения категории 9 обоих глаз.

3.3 Современные классификации детей с особенностями психофизического развития

Существуют различные классификации детей с нарушениями психофизического развития. В их основу положены различные критерии. Наиболее распространенными критериями являются следующие: *причины нарушений; виды нарушений с конкретизацией их характера; последствия нарушений, которые сказываются на дальнейшей жизни.*

В соответствии с *локализацией нарушения* выделяют: 1) телесные (соматические) нарушения; 2) сенсорные нарушения (слух, зрение); 3) нарушения деятельности мозга (умственная отсталость, нарушения движений, психические и речевые нарушения).

По причинам возникновения нарушений различают: 1) врожденное нарушение; 2) несчастный случай, стихийное бедствие; 3) дорожно-транспортное происшествие; 4) экология; болезнь и др.

О.Н.Усанова предложила классификацию детей с нарушениями в развитии: 1) обусловленными органическими нарушениями; 2) функциональной незрелостью; 3) психической депривацией.

Классификация Б.П. Пузанова и В.А. Лапшина включает: 1) *детей с нарушением слуха и зрения* (с недостатками слуха: глухие (неслышащие) дети, слабослышащие (тугоухие) дети; со стойкими дефектами зрения: слепые (незрячие) дети, слабовидящие дети); 2) *умственно отсталых детей и детей с задержкой психического развития* (умственно отсталые: олигофрения, деменция; интеллектуальная недоразвитость: идиотия, имбецильность; дебильность; задержка психического развития (ЗПР): ЗПР конституционного происхождения, ЗПР соматогенного происхождения, ЗПР психогенного происхождения, ЗПР церебрастенического характера); 3) *детей с тяжелыми нарушениями речи* (нарушения устной речи (дисфония, брадилалия, тахилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия); нарушения письменной речи (дислексия, дисграфия); 4) *детей с нарушением опорно-двигательной системы* (ДЦП); 5) *детей со смешанным (сложным) дефектом* (умственно отсталые неслышащие или слабослышащие; умственно отсталые слабовидящие или незрячие; слепоглухонемые и т.д.); 6) *детей с искаженным развитием* – психопатия, патология влечений.

Н.Я. Семаго и М.М. Семаго выделяют следующие группы (рисунок 1): 1) недостаточное развитие (тотальное недоразвитие, задержанное развитие, парциальная несформированность ВПФ); 2) асинхронное развитие (дисгармоническое и искаженное развитие); 3) поврежденное развитие (локально поврежденный тип развития, диффузно поврежденный тип развития); 4) дефицитарное развитие (раннее и позднее дефицитарное развитие).

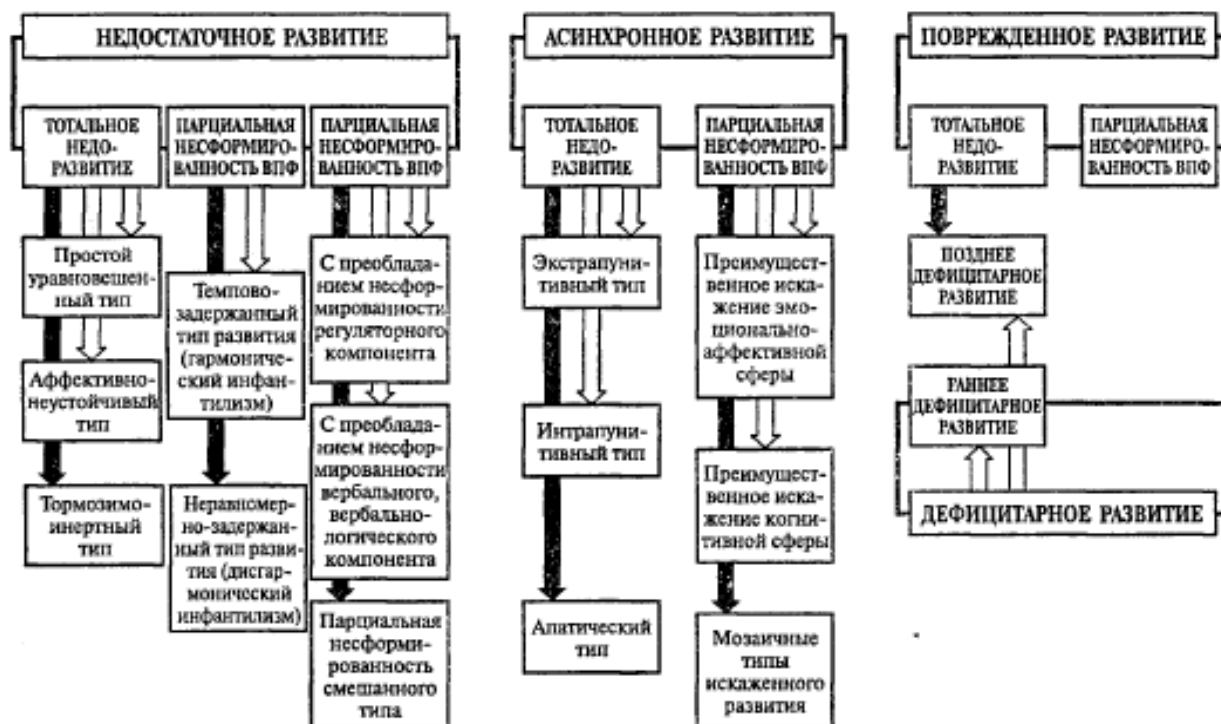


Рисунок 1 – Группы детей с особенностями развития по Н.Я. Семаго, М.М. Семаго

В соответствии с Кодексом Республики Беларусь об образовании, вступившим в силу 01.09.2011 г., к категории лиц с ОПФР относят лиц, «имеющее физические и (или) психические нарушения, которые ограничивают его социальную деятельность и препятствуют получению образования без создания для этого специальных условий». Это лица: 1) с интеллектуальной недостаточностью; 2) с тяжелыми нарушениями речи; 3) с нарушением слуха; 4) с нарушениями зрения; 4) с нарушениями психического развития (трудностями в обучении); 5) с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата; 6) с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

Тема 4. Концептуальные основы специальной психологии. Принципы и методы специальной психологии

4.1 Принципы специальной психологии.

4.2 Методы специальной психологии.

4.1 Принципы специальной психологии

Принципы служат основой теоретических представлений и методологии специальной психологии, объективного подхода к изучению нарушений развития психики и обоснованию коррекционно-развивающего обучения.

На современном этапе развития *принципами специальной психологии* являются:

1. *Принцип детерминизма* важен для понимания нарушений развития, в основе его лежит положение о существовании причинности, т. е. *такой связи явлений, в которой одно явление (причина) в определенных условиях вызывает другое явление (следствие)*. В психологии детерминация понимается как закономерная и необходимая зависимость особенностей психического развития от порождающих их факторов. Причинность – совокупность обстоятельств, предшествующих следствию и вызывающих его (Л.Г. Ярошевский, 1972). В общепсихологическом смысле принцип детерминизма выражает мысль о том, что психическое отражение, его высший уровень (сознание) определяются образом жизни и изменяются в зависимости от внешних условий.

Согласно принципу детерминизма, каждый дефект развития обусловлен специфическим соотношением биологических и социальных факторов и своеобразен по механизмам своего возникновения. Изучая развитие психики при ее нарушении, необходимо учитывать: 1) различные виды детерминант; 2) их системность и видоизменяемость в процессе развития, ведь соотношения между разными типами детерминант в процессе развития ребенка непостоянны и особенно изменяются в критические и сензитивные периоды развития. Любое психическое развитие характеризуется сменой детерминант, формированием новых психических качеств и преобразованием прежних качеств.

2. Согласно *принципу развития (генетический принцип)* психика может быть правильно понята, если рассматривается в непрерывном развитии, так как все психические явления постоянно изменяются и развиваются в количественном и качественном отношении. Большое значение принципу развития придавал Л.С. Выготский, указывая на то, что историческое изучение означает применение категории развития к исследованию явлений (изучать исторически что-либо – значит изучать в движении, в развитии).

Принцип развития ориентируется на динамический подход в описании нарушений развития (в отличие от подхода статического) и предполагает анализ нарушений развития с учетом возрастного этапа, на котором данное нарушение возникает и предшествующих отклонений, на которые оно наслышалось. В специальной психологии этот принцип реализуется в первую очередь в психологической диагностике. Описывая качественные и количественные характеристики нарушения, важно учитывать его динамику, склонность к прогрессированию или стабилизации.

3. *Принцип деятельности* связан с представлением о том, что психика формируется в деятельности, в которой создаются и изменяются условия существования отдельных людей и общества в целом. В процессе деятельности человек удовлетворяет свои потребности и интересы, познает окружающий мир, в свою очередь, обуславливая становление человеческой личности.

В специальной психологии принцип деятельности понимается как порождаемая потребностями преобразующая активность, в ходе которой возникает процесс коммуникации и осуществляется познание.

4. *Принцип единства сознания и деятельности* представляет собой утверждение, что их единство неразрывно и что сознание образует внутренний план деятельности человека. С.Л. Рубинштейн трактует этот принцип как проявление и формирование сознания в деятельности. При изучении детей с нарушениями в развитии данный принцип реализуется в том, что сознание ребенка рассматривается как важный критерий уровня его развития. Кроме того, принцип реализуется в методике психокоррекционных занятий, которые строятся с опорой на предметно-практические действия ребенка.

5. *Принцип отражательности*. Суть его сводится к тому, что все психические явления, во всем их многообразии, представляют особую, высшую форму отражения окружающего мира в виде образов, понятий, переживаний. Фундаментальными свойствами психического отражения являются его субъектность, активность, избирательность и целенаправленность. Любые формы отклонений в психическом развитии представляют собой затруднения в процессе становления разных сторон отражательной деятельности психики. Эти затруднения могут касаться развития образного отражения, понятийного (вербально-логического), эмоционально-смыслового и т. д.

К принципам психологического изучения детей с ОПФР относятся.

1. *Принцип комплексности* (от лат. *complexus* – связь, сочетание) – это сотрудничество специалистов разного профиля в обследовании детей с ОПФР. Каждый специалист фиксирует в нарушенном развитии ребенка те особенности, которые относятся к сфере его компетентности. Данные заносятся в профессиональную схему обследования (например, психологическую или медицинскую) и могут быть сведены в объединяющую таблицу, где находятся результаты обследования ребенка другими специалистами. Многомерное изучение ребенка с нарушенным развитием обеспечивает совокупный результат, который позволяет выявить причины патологии, подойти к трактовке ее механизмов и обоснованию помощи.

Данный принцип важен не только для диагностики, но и для оказания детям психологической помощи, разработки ее стратегии и тактики на разных этапах работы с ребенком его семьей или микрогруппами детских учреждений, где он обучается или воспитывается.

2. *Принцип системного структурно-динамического изучения* базируется на идеях Б.Г. Ананьева, Б.Ф. Ломова и др. о системном подходе в психологии. Каждая система предполагает наличие системообразующего основания, объединяющего входящие в нее элементы как относительно однородные. Необходимым признаком системы является определенная связь между составляющими ее элементами. Согласно системному подходу, любое психическое явление имеет разнообразную детерминацию. Детерминанты могут выполнять функцию причин, условий, предпосылок и опосредующих звеньев. Соотношение между этими связями подвижно: детерминанта, играющая роль, предпосылки, и других случаях может оказаться причиной или опосредующим звеном. Движение, или смена причинных факторов носит закономерный характер и составляет необходимое условие развития. Таково общее содержание принципа системного структурно-динамического изучения.

Исторически этот принцип связан с рассмотрением Л. С. Выготским дефектов в иерархии: выделением первичных, вторичных, третичных дефектов. Принцип системного структурно-динамического изучения требует определить иерархию в нарушении

психического развития, а также проанализировать каждую из составляющих деятельности ребенка (мотивацию, ориентировку, исполнение и контроль результата).

Этот принцип широко используется в отечественной нейропсихологии представителями школы А.Р. Лурия. Он способствовал выделению синдромов нарушения высших психических функций при поражениях мозга и созданию теории локализации ВПФ.

3. *Принцип качественного анализа* предполагает сосредоточение внимания исследователя на действиях ребенка по выполнению задания и его поведении во время обследования (способах выполнения задания и принятия решения, типе ошибок, отношении ребенка к своим ошибкам и замечаниям взрослых) в отличие от фиксирования только на результате.

Качественный анализ позволяет выяснить, с каким уровнем организации психической деятельности связан дефект и дает возможность определить, является ли некий симптом признаком первичного нарушения в психическом развитии или следствием уже имеющегося дефекта.

Качественный анализ не противостоит анализу количественному, количественные показатели только уточняют его. Количественный анализ, применяемый чаще всего в тестировании, недостаточно информативен в плане прогноза, поскольку отражает отклонения в развитии лишь с негативной стороны, не давая представления об отношении дефекта к резервам развития.

Необходимость реализации этих принципов сформировала объективную потребность в создании психологической службы в системе специального образования, нацеленную на профилактическую, диагностическую, развивающую, коррекционную и реабилитационную работу с личностью. На сегодняшний день актуальный подход: от диагностики отбора – к диагностике специфических особенностей психического развития.

4.2 Методы специальной психологии

Методы специальной психологии во многом совпадают с аналогичными методами возрастной психологии, изучающей нормальное развитие, но они имеют свою специфику. Методы специальной психологии можно подразделить на три большие группы **методов: исследования, профилактики и воздействия** (рисунок 1). В свою очередь, методы исследования состоят из *методов сбора информации* и *методов ее обработки*.

1. Методы исследования

а) Методы сбора информации обеспечивают предварительное знакомство с ребенком, выделение проблемы и ориентировочные данные для диагностики его развития. К таким методам относятся:

- *изучение документации на ребенка* (анамнез, педагогическая характеристика). Изучение документов имеет большое значение, так как в них содержатся анамнестические сведения о ребенке. Специалисты разного профиля получают таким путем информацию об истоках нарушения развития и его динамике. Анализируются медицинские заключения о развитии ребенка, состоянии его здоровья, функционировании органов и систем, которые могут быть ответственны за нарушение психического развития в конкретном случае. Изучение характеристики ребенка педагогами важно для составления мнения о том, насколько ребенок умеет воспользоваться помощью взрослых, и о темпах его развития при обучении.

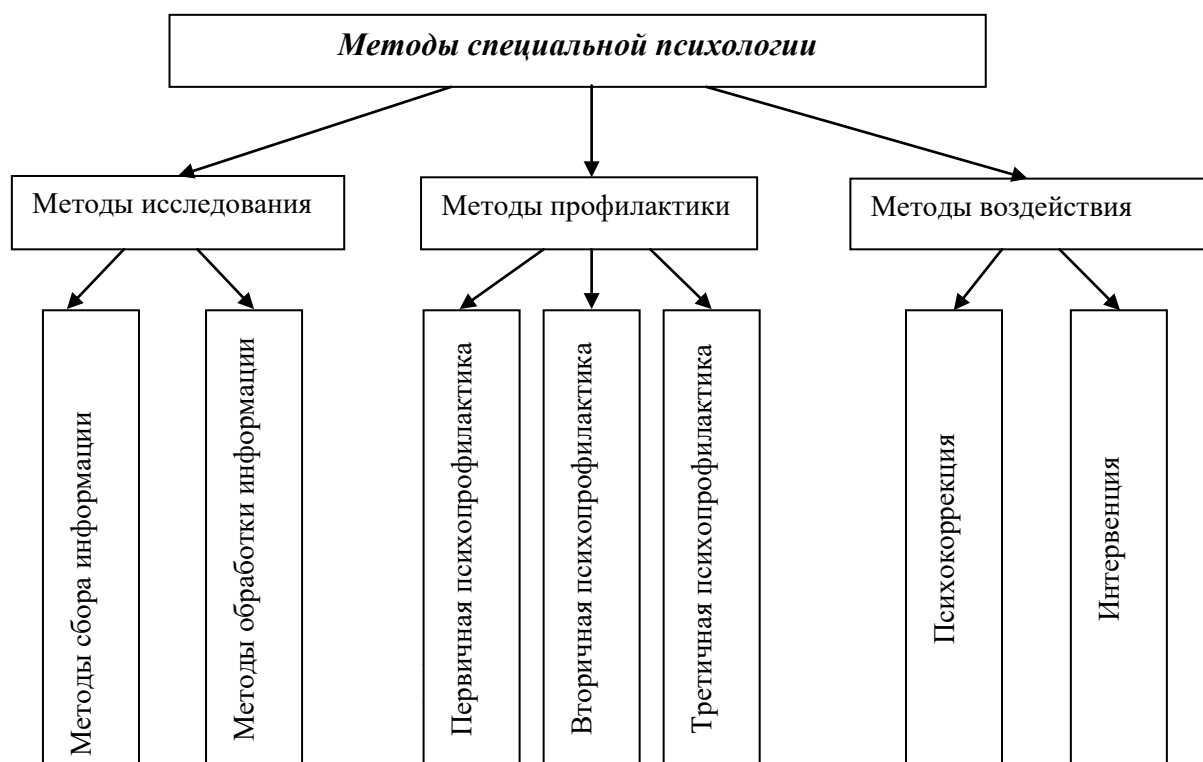


Рисунок 2 – Методы специальной психологии

- *изучение продуктов деятельности ребенка* (рисунков, поделок, учебных работ) дает представление об актуальном уровне их развития. Это субъективно-объективный метод. Объективность проявляется при оценке развития моторных и сенсорных навыков, скорости усвоения учебного материала. Субъективность имеет место при интерпретации рисунков и других творческих работ, отражающих отношение ребенка к действительности и его проблемы. Для повышения объективности оценки деятельности детей необходимо учитывать: психологические механизмы получения результата; навыки, развитие которых предполагает обучение; типичные затруднения в усвоении школьных знаний разными группами учащихся.

- *наблюдение за ребенком*– позволяет зафиксировать спонтанную деятельность ребенка, его естественные психические проявления. Научное наблюдение отличается тем, что сбор сведений определяется задачей исследования и направлен на установление закономерности в изучаемых явлениях.

- *беседа с ребенком, его родителями и педагогами*. Беседа– метод сбора информации по заранее составленной программе в процессе личного общения. В специальной психологии используется два вида беседы: с ребенком и со значимыми для ребенка взрослыми (родителями, учителями, воспитателями). Содержание беседы варьируется в зависимости от поставленных задач и участников. Главная проблема в построения беседы – подбор содержания и формы вопросов, отвечающих цели исследования и памяти ребенку.

Беседа со взрослыми используется для сбора анамнестических данных о ребенке и выявления отношения взрослых к проблемам ребенка. Выясняется, отмечают ли у ребенка нарушения ориентировки в пространстве и времени, как ребенок ведет себя, как он относится к родителям, каковы его интересы и склонности, в чем заключаются затруднения в развитии. Одновременно такая беседа позволяет установить, насколько

правильно оценивают значимые для ребенка взрослые уровень его интеллектуального и личностного развития; очень важно взглянуть на дефект ребенка «глазами близких ему людей». Беседа со взрослыми направлена на выяснение того, испытывает ли проблемы ребенок или сами взрослые (родители, воспитатели, учителя).

Беседа с ребенком используется для установления с ним контакта и составления общего представления о его развитии. Беседа, ведется в неформальной (доверительной) форме, способствующей эмоционально-положительному контакту с ребенком. Это особенно важно потому, что многие дети с ОПФР имеют негативный опыт общения со взрослыми.

- *эксперимент* – один из основных методов психологического познания. Он широко применяется в специальной психологии. Сущность экспериментальной процедуры состоит в том, что в процессе ее проведения исследователь может управлять изучаемым явлением (вызывает, изменяет и прекращает его). Экспериментальным путем изучаются различные виды деятельности детей с ОПФР, особенности их личности, способность к обучению. Сбор данных происходит в специально смоделированных условиях, обеспечивающих активацию исследуемых процессов.

Общим моментом всех экспериментов является то, что действия, выполняемые по инструкции, должны выделять те стороны интеллектуальной или иной деятельности, которые подлежат изучению.

- *тест* представляет собой психологическую диагностику посредством стандартизированных заданий (вопросов, задач). Тесты как краткие экспериментально-психологические приемы, которые применяются в каких-либо практических целях для выяснения индивидуальных психических особенностей личности или, иначе, индивидуальных особенностей ее поведения (задача «психодиагностики»), причем подобное выяснение имеет в виду практическую цель – более рационального воздействия на данную личность (задача «психотехники»).

- *анкетирование* направлено на получение информации о человеке или группе путем опосредованного общения, обследуемый отвечает на вопросы экспериментатора, заполняя анкету. В специальной психологии этот метод оптимально работает, начиная с младшего школьного возраста, – ведь его применение связано с овладением чтением и письмом, что затруднено у детей с патологией сенсорных систем. При формулировке вопросов анкет всегда следует учитывать специфику нарушения.

б) Методы обработки информации. К ним относят *все способы анализа и интерпретации полученной информации* (классификацию фактов, построение теоретических моделей, создание типологий), а также методы математической статистики (корреляционный анализ, факторный анализ). В свою очередь, выбор методов сбора информации в значительной мере обусловлен *теоретической ориентацией*. Качественный анализ психических нарушений, позволяет раскрыть структуру интеллектуальной деятельности, недостатки развития мыслительных процессов и причины, их обуславливающие, а также содействовать установлению потенциальных возможностей человека.

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

2. Методы профилактики

В специальной психологии психопрофилактика понимается как система мероприятий, направленных на предотвращение нарушений психического развития, их раннюю диагностику и коррекцию, предупреждение рецидивов таких нарушений. Соответственно различают первичную, вторичную и третичную психопрофилактику (таблица 2).

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

В психопрофилактических мероприятиях первичного уровня участвует широкий круг специалистов. Особая роль психолога состоит в разработке и проведении психопрофилактических мер в различных социальных кругах. Большое внимание необходимо уделять психологической экспертизе условий жизни, обучения и воспитания ребенка. Важно иметь представление, в каком стиле воспитывается ребенок, за что он поощряется и наказывается, предоставляется ли ему самостоятельность, каковы отношения между его родителями, не вызывают ли у ребенка чувство неполноценности оценки учителей, знать об отношении к ребенку сверстников, о его положении в коллективе. Первичная профилактика подразумевает психологическое консультирование и социотерапию в широком смысле этого слова.

Таблица 5 – Формы психологической профилактики

Уровень профилактики	Объект работы	Цель	Основная задача
Первичная	Практически все люди	Забота о психическом здоровье и психических ресурсах	Коррекция негрубых эмоциональных, поведенческих и других расстройств
Вторичная	Группа риска	Раннее выявление трудностей в учении и поведении	Преодоление трудностей до того, как дети станут социально или эмоционально неуправляемыми
Третичная	Дети с ярко выраженными проблемами	Коррекция или преодоление серьезных трудностей и проблем	Декомпенсация различных нарушений средствами психокоррекции

б) Вторичная психопрофилактика как метод специальной психологии состоит в раннем выявлении отклонений психического развития, контроле состояния ребенка и оказании ему срочной помощи. В этих целях проводится психодиагностика ребенка и семьи, а также психокоррекционная работа с ребенком, предупреждающая усиление отклонения и вторичные нарушения. Работа с детьми раннего возраста и их семьями весьма эффективна и позволяет предупредить тяжелые формы нарушений развития.

в) Третичная психопрофилактика направлена на предупреждение рецидивов нарушений развития и осуществляется в форме психологической поддержки ребенка и помощи семье в различных видах его обучения и социализации. При этой профилактике учитываются особенности личности ребенка. Специалисты прилагают усилия по поиску оптимальных способов психологической поддержки и при необходимости проводят психокоррекцию, принимая в расчет текущую ситуацию и уровень достижений ребенка. Имеются в виду достижения в познавательной сфере, самоактуализации, жизненном самоопределении, социализации. Третичная профилактика предотвращает декомпенсацию в семейных отношениях, облегчает получение образования и выбор про-

фессии. В успешных случаях индивид приспосабливается к дефекту, у него не формируются патологические черты характера.

Специальная психология разрабатывает преимущественно проблемы вторичной и третичной психопрофилактики. Это связано с разными причинами, среди которых – позднее обращение родителей за помощью, несвоевременное выявление биологического дефекта и начальных отклонений в психическом развитии.

3. Методы воздействия

Г.А. Ковалев (1989) под *воздействием* понимает «процесс, который реализуется в ходе взаимодействия двух или более равноупорядоченных систем и результатом, которого является изменение в структуре (пространственно-временных характеристиках) и состоянии хотя бы одной из этих систем». Т.С. Кабаченко (1986) под *психологическим воздействием* понимает «изменения психологических характеристик личности, групповых норм, общественного мнения за счет использования психологических, социально-психологических закономерностей». В обыденном употреблении слова «воздействие» заложен целевой смысл: *воздействовать – значит производить изменения*. Специалист, воздействующий на ребенка с отклонением развития, решает, что нужно сделать для нормализации психического развития ребенка, как способствовать положительной динамике. Его намерение мыслится как психологическое воздействие, когда же непосредственно проводится работа с ребенком или семьей, психологическое воздействие, несомненно, обретает характер взаимодействия, превращается в двусторонний процесс.

а) Психокоррекция представляет собой *способ совместной деятельности* специалиста (психолога, дефектолога) и ребенка по решению специфических задач, связанных с особенностями психического развития ребенка и его взаимодействия со средой. Также это система *психологических* мероприятий, направленных на *исправление, ослабление или восполнение* имеющихся недостатков психического развития детей.

По содержанию психокоррекцию можно отнести к преобразующим методам. Цель психокоррекции – исправление (или ослабление) нарушенного психического развития, гармонизация формирующейся личности. Психокоррекция как метод распространяется на организацию и осуществление познавательной и учебной деятельности ребенка, процессы личностного развития, социализации, мотивационно-волевую сферу, способность к контролю и самоконтролю.

Психокоррекция может осуществляться в наглядно-практической и словесной форме. Содержание (цель, задачи) и форма психокоррекции определяются особенностями нарушений развития и этапом работы с ребенком.

Различают *общую, частную и специальную психокоррекцию*. *Общая психокоррекция* – мероприятия, нормализующие социальную микросреду ребенка, регулирующие его психофизическую и эмоциональную нагрузку в соответствии с возрастными и индивидуальными возможностями. Эти мероприятия оптимизируют формирование психических свойств, что само по себе может способствовать ликвидации психических нарушений и гармонизации личности. Отсюда понятна актуальность общей психокоррекции как раздела специальной психологии. Ю.С. Шевченко (1995) считает, что задачи общей психокоррекции сливаются с задачами психогигиены, психопрофилактики, педагогической этики и деонтологии и решаются при организации учебно-воспитательного процесса, общении ребенка с людьми, участвующими в его обучении и воспитании.

Частная психокоррекция – совокупность психолого-педагогических воздействий как средствами, применяемыми в психотерапии и психокоррекции взрослых, так и специально разработанными для детей и подростков. В первом случае основные психотерапевтические подходы (психоаналитический, поведенческий, когнитивный, гуманистический) адаптируются с учетом этапов онтогенеза, способов мышления и саморегуляции, особенностей общения. Во втором случае методики и приемы изначально со-

здаются для детей определенного возраста, основываются на ведущей в данный период онтогенеза деятельности, на любимых играх и занятиях.

Специальная психокоррекция – это система мероприятий по воздействию на ребенка или группу детей одного возраста (посредством методик, приемов, организационных мер) в целях формирования определенных психических функций и видов деятельности, исправления отдельных свойств личности. Специальная психокоррекция направлена на преодоление девиации поведения, затруднения адаптации. В центре внимания специалиста оказываются такие черты характера и поведенческие проявления, как застенчивость, агрессивность, конформизм, асоциальность, неспособность излагать свои мысли, боязливость, аутичность, стереотипии, конфликтность, завышенная или заниженная самооценка и т. п.

б) Интервенция. В зарубежной психологии аналогом понятия «психокоррекция» служит термин «*интервенция*», т.е. представление об обусловленности развития индивида взаимодействием наследственности, среды и активности самой личности. В широком смысле под интервенцией понимается систематическое вмешательство в процесс развития с целью повлиять на него, поддержав или повысив потенциал ребенка.

Интервенция рассматривается как система плановых (и неплановых) воздействий в целях определенных изменений в проблемных компонентах структуры личности, среде или взаимодействии их.

Специальное значение интервенции как психологической практики в контексте проблемы оптимизации психического развития ребенка фактически совпадает с термином «коррекция развития». «Интервенция» подразумевает момент вторжения, вмешательство в развитие, понимаемое как природное, а «коррекция» предполагает преодоление отклонений развития, понимаемого как культурно-исторический процесс, посредством формирующего психологического воздействия для достижения возрастных норм.

Тема 5. Закономерности развития детей с особенностями психофизического развития

- 5.1 Общие и специфические закономерности психического развития детей.
- 5.2 Модально-неспецифические закономерности.
- 5.3 Модально-специфические закономерности.
- 5.4 Основные параметры дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому).
- 5.5 Личностные реакции на первичный дефект.

5.1 Общие и специфические закономерности психического развития детей

При изучении структуры дефекта важно опираться на положение Л.С. Выготского о том, что *развитие психики аномальных детей подчиняется тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка*. Так, выделяют *общие и специфические закономерности* психического развития детей.

Общие закономерности – это закономерности, характерные как для нормально развивающихся детей, так и для детей с нарушениями развития: 1) цикличность психического развития; 2) неравномерность психического развития; 3) пластичность нервной системы; 4) взаимовлияние биологического и социального в процессе развития.

Наряду с закономерностями общими для нормального и аномального развития В.И. Лубовский выделяет *общие для всех типов нарушенного развития*: 1) личностные изменения; 2) нарушение приема, переработки, сохранения и использования информации; 3) нарушение словесного опосредствования; 4) более длительные сроки формирования представлений и понятий; 5) риск возникновения социально-психологической дезадаптации.

Специфические закономерности характерны только для детей с тем или иным нарушением. Эти закономерности не противоречат общим, но имеют некоторые особенности. Например, для лиц с речевой патологией характерны: 1) снижение количества и качества информации, поступающей через поврежденный анализатор (недостаточность слухового восприятия, фонетико-фонематические и лексико-грамматические нарушения); 2) специфичность формирования психологической системы (субъективная неудовлетворенность, нарушения самооценки, неадаптивность к фрустрации, снижение резистентности к стрессу, недостаточная социальная адаптация); 3) зависимость компенсаторных процессов от времени и качества коррекции.

5.2 Модально-неспецифические закономерности

Модально-неспецифические закономерности - общие для всех детей с дизонтогенезом, независимо от характера основного нарушения (свойственны детям с интеллектуальной недостаточностью, с сенсорными нарушениями, с нарушениями эмоционально-волевой сферы и т.д.). Они были систематизированы и обобщены в трудах Т.А.Власовой и В.И.Лубовского.

1. *Возникновение вторичных дефектов в процессе психического развития ребенка с дизонтогенезом*. Особое значение в специальной психологии придается соотношению ядерных и системных расстройств. Это соотношение часто называют структурой нарушенного развития. Идея структурной организации дизонтогенеза принадлежит Л.С. Выготскому.

Например, при умственной отсталости первичным (ядерным) дефектом является слабо выраженная психическая активность (инактивность). Вторичным (системным) дефектом является недоразвитие психических функций в качестве высших.

Более медленный темп развития, несовпадение с сензитивными периодами. Например, при задержке психического развития наблюдается отставание в формировании сюжетно-ролевой игры, словесно-логического мышления, опосредованного запоминания, речи; у дошкольников с интеллектуальной недостаточностью ведущей является предметная деятельность, тогда как в норме уже игровая.

2. Нарушение в приеме, переработке, сохранении и воспроизведении различного вида информации.

В.И. Лубовский, Л.И. Переслени, Ж.И. Шиф отмечали уменьшение скорости и объема воспринимаемой информации, нарушение хранения информации и специфику использования при интеллектуальной недостаточности. Закономерность проявляется в ограниченных по сравнению с нормой возможностях познавательных функций (в повышении порогов ощущений; нарушениях константности восприятия; пространственной ориентировки и др.). Например, у умственно отсталых выявлены нарушения зрительного восприятия, проявляющиеся в замедленности, сужении объема, недифференцированности, снижении цветовой чувствительности и т.д.; у глухих детей отмечается замедленность восприятия зрительных сигналов; у детей с ДЦП – «дырчатое» восприятие.

В зависимости от специфики нарушения искажаются разные параметры окружающей действительности. Например, при сенсорной патологии возникают проблемы с сенсорной информацией, при аутизме – с социальной информацией и т.д.

3. Нарушение словесного опосредствования.

Это проявляется в недостаточности и специфических особенностях словесного опосредствования. Эта закономерность отражает нарушения в работе сознания, развитие которого предполагает овладение знаково-символическими средствами, что проявляется в недоразвитии осмысленности восприятия, мыслительной операции обобщения, произвольной и волевой регуляции деятельности, словесно-логического мышления и т.д. Например, при умственной отсталости особенностями обладает развитие словесно-логического мышления (дети понимают содержание текстов приблизительно, не улавливают контексты и подтексты, с трудом осмысливают последовательность событий, причинно-следственные, временные, условные и другие связи).

Уменьшается роль речевых характеристик в умственном развитии - у всех детей с дизонтогенезом в той или иной мере нарушены функции психики, как высшие психические функции. Например, у слабовидящих детей непосредственный анализ зрительных сигналов может страдать меньше, чем словесный отчет о нем.

Изменения способов коммуникации проявляются в том, что у детей с интеллектуальной недостаточностью нарушается речевое общение, возрастает роль невербальных средств коммуникации. Например, для всех детей с ОПФР в дошкольном возрасте свойственна игра с ограниченным речевым сопровождением или без него.

Во многих исследованиях отмечается также несогласованность в образной и вербальной сферах психики. Слова и образы как будто независимы, не соотнесены друг с другом, слово часто не вызывает образ, а за образом нет соответствующего слова.

Снижение общей психической активности в познании предметного и социального мира.

Трудности при приеме и переработке информации, трудности словесного опосредствования, особенно вербализации, искажение запоминаемого материала ведут к нарушениям в развитии мышления, в частности к замедленному формированию процессов обобщения и отвлечения, трудностям символизации. В свою очередь, все эти особенности формирования познавательной и речевой деятельности ведут к нарушению

ям познания окружающего мира, запас знаний и представлений о котором у детей с нарушениями развития всегда недостаточен.

Ребенок с отклонениями в развитии проявляет слабую активность и заинтересованность в исследовании окружающего мира, это может быть связано с нарушениями нейродинамики (например, при умственной отсталости), с дефицитом получаемой информации, ее фрагментарностью (например, при ДЦП, сенсорных нарушениях).

4. Высокая степень зависимости каждой из психических функций от уровня развития остальных.

Данная закономерность связана с трудностями формирования системных связей и взаимодействия отдельных психических функций. В результате возникает проблема опосредования деятельности отдельных функций друг другом. Например, несформированность взаимодействия различных видов восприятия (зрительного и осязательного, что приводит к нарушению восприятия пространства), нарушение опосредствования поведения и эмоциональной сферы речью (трудности произвольной регуляции) при задержке психического развития и умственной отсталости.

Иной, чем у нормальных детей, качественный состав ведущих функций интеллекта. Например, у нормально развивающихся детей ведущей функцией интеллекта является мышление, а у детей с интеллектуальной недостаточностью - память. За жалобой на память у таких детей всегда стоят нарушения мышления.

5. Изменения в развитии личности ребенка.

Трудности социальной адаптации, нарушения взаимодействия с социальной средой отмечал еще Л.С. Выготский. Ж.И. Шиф подчеркивала, что еще одной общей закономерностью нарушенного развития являются изменения в развитии личности ребенка. Особенности такой личности являются пониженный фон настроения, астенические черты, нередко ипохондричность, тенденция к ограничению социальных контактов, низкая самооценка, тревожность, легкость возникновения страха. Такие нарушения особенно вероятны при неправильном семейном воспитании и при неправильно организованном обучении.

Последнее время к модально-неспецифическим закономерностям относят, например, следующие (В.М.Сорокин, О.Н.Усанова, И.А.Шаповал):

- Ретардация.

Характеризуется незавершенностью формирования психических функций в конкретном периоде. Например, при общем недоразвитии речи ретардация выражается в длительном сохранении автономной речи (уровня, характерного для второго-третьего года жизни и затем сменяющегося нормативной речью). При этом развитие речи ребенка происходит не в результате смены автономной речи на обычную, а внутри самой автономной речи за счет накопления словаря автономных слов, т.е. фиксируется один из низших этапов развития речи.

- Диспропорциональность между направленной и спонтанной сторонами развития.

Спонтанная сторона страдает больше вследствие снижения уровня познавательной активности и затруднений самонаучения путем подражания. Исходные недостатки в сфере спонтанного развития на ранних этапах онтогенеза тормозят темпы формирования направленного развития. Тем не менее, оно остается более сохранным, что позволяет опираться на него в процессе коррекционной работы.

Большие чем в норме психофизиологические усилия для достижения результата. В условиях нарушенного развития ребенок часто может достигнуть того же уровня результативности, что и нормально развивающийся сверстник, но усилия, которые он затрачивает значительно выше, чем при нормальном развитии. Результат оправдывает вложенные в его получение ресурсы, но значительно увеличивается нагрузка на нерв-

ную систему ребенка. Не случайно, многие авторы говорят о высокой частоте проявлений неврологической симптоматики, склонность к дезадаптации, снижение фрустрационной толерантности у детей с ОПФР.

- Недоразвитие всех или некоторых форм предметной деятельности.

Может носить тотальный характер или затрагивать лишь некоторые компоненты. Например, у детей с интеллектуальной недостаточностью эти нарушения носят тотальный характер, затрагивают все структурные компоненты, выражаются в незрелости мотивационной сферы, процессов целеполагания, недостатков контроля, несовершенства операций и т.д. У детей с ЗПР больше страдает мотивационно-целевой компонент деятельности, при относительно сохранном операционально-техническом.

Более длительные сроки формирования представлений и понятий об окружающей действительности.

Это напрямую связано с недоразвитием второй сигнальной системы (речи) и замедленным установлением условных связей.

- Недоразвитие моторики.

У детей с нарушениями развития недоразвитие приводит к замедлению темпов формирования двигательных навыков, автоматизация которых требует много времени и усилий.

Уже сформировавшие навыки характеризуются непрочностью и тенденцией к быстрому распаду. Недостатки в моторной сфере часто проявляются в форме двигательных стереотипий. Например, у умственно отсталых нарушается как крупная, так и мелкая моторика. У детей с ДЦП недоразвитие моторики приводит к специфике формирования мышления: наглядно-образное и словесно-логическое мышление начинает развиваться практически без фундамента наглядно-действенного мышления.

- Деформация социальной ситуации развития.

Неблагополучие ребенка часто провоцирует специфическое к нему отношение со стороны родителей и других окружающих лиц. Не всегда зная возможности своего ребенка и делая акцент на слабых сторонах, родители ограничивают сферы деятельности и общения. Нередки и другие варианты, например, эмоциональное отвержение. Неблагополучие ребенка часто провоцирует специфическое отношение к нему со стороны родителей и других окружающих (например, явления гипоопеки или гиперопеки). Все это приводит к риску возникновения социально-психологической дезадаптированности.

Однако наряду с особенностями развития, создающими трудности адаптации и обучения детей с нарушениями в развитии, существуют и закономерности положительного характера.

Одна из них была отмечена Л.С.Выготским, как наличие потенциальных возможностей формирования психики у детей с нарушениями развития в виде зоны ближайшего развития за счет направленного воздействия на формирование высших психических функций. Возможности компенсации, реализующиеся при благоприятных условиях коррекционного воздействия, сглаживают и, в известной мере, устраняют неравномерность психического развития у детей.

5.3 Модально-специфические закономерности

К модально-специфическим относят закономерности, свойственные какой-то одной группе детей с отклонениями в развитии. Это свои, обусловленные конкретным дефектом, сложные специфические особенности, отличающие одну категорию детей от другой (только умственно отсталые, только неслышащие, только ДЦП и т.д.) Именно наличие этих специфических закономерностей позволяет нам разграничивать катего-

рии детей между собой, т.е. специфические закономерности выступают как дифференциально-диагностические критерии.

Модально-специфические закономерности нарушенного развития изучают конкретные отрасли специальной психологии:

- модально-специфические закономерности лиц с интеллектуальной недостаточностью – олигофренопсихология.
- модально-специфические закономерности неслышащих – сурдопсихология.
- модально-специфические закономерности лиц с нарушениями речи – логопсихология

В.И. Лубовский указывает, что специфических закономерностей установлено гораздо меньше, чем общих. Этот факт объясняет те трудности, которые возникают при дифференциальной диагностике нарушений развития у детей.

5.4 Основные параметры дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому)

Дизонтогенез (от греч. *dis* – расстройство, *ontos* – сущее, *genesis* – происхождение, развитие) – нарушение индивидуального развития организма. Впервые термин «*дизонтогенез*» использовал Швальбе в 1927 г. для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. Позже этот термин стали употреблять более широко, понимая под ним различные формы нарушений онтогенеза, в том числе и постнатальный. Синонимом термина «*дизонтогенез*» является понятие «*нарушенное развитие*».

В.В. Лебединский, основываясь на положениях, выдвинутых Л.С. Выготским, выделил **психологические параметры дизонтогенеза** (1985). **Первый параметр** – *функциональная локализация нарушения*. Различают два вида дефекта: *частный*, обусловленный дефицитностью отдельных функций гнозиса, праксиса и речи и *общий*, связанный с нарушением регуляторных систем, как подкорковых, при дисфункции которых наблюдаются снижение уровня бодрствования, психической активности, патология влечений, эмоциональные расстройства, так и корковых, порождающих дефекты интеллектуальной деятельности, нарушения более сложных, специфически человеческих, эмоциональных образований. Общие и частные нарушения образуют определенную иерархию. Нарушения регуляторных систем влияют на все аспекты психического развития, причем частные нарушения нередко компенсируются сохранностью регуляторных или других частных систем.

Второй параметр – *время поражения* – определяет характер нарушения психического развития. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее недоразвитие. С параметром времени связана и другая вероятность поражения той или иной функции – это сензитивный период. По мнению В.В. Лебединского: в первую очередь страдают те психические функции, которые находятся в сензитивном периоде, затем функции, связанные с поврежденными. Поэтому у ребенка с каким-либо нарушением психического развития одни функции будут относительно сохраненными, другие – поврежденными, третьи – в разной степени задержанными. Ранние поражения обычно приводят к недоразвитию психических функций, поздние – к повреждению или распаду структуры сформированных психических функций. Неустойчивость психических функций может привести к явлениям *регресса* (возврат функции на более ранний возрастной уровень), или к распаду (грубая дезорганизация).

Третий параметр – *взаимоотношения между первичными и вторичными дефектами*. Первичный дефект может иметь характер недоразвития или повреждения; вторичный является основным объектом в психологическом изучении и коррекции

аномального развития. Вторичное нарушение является основным объектом психолого-педагогической коррекции. Необходимость наиболее ранней коррекции вторичных нарушений обусловлена особенностями психического развития детей. Пропущенные сроки в обучении и воспитании ребенка с нарушенным психическим развитием автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, в этом случае требуются сложные специальные усилия по преодолению нарушения.

Четвертый параметр – *нарушение межфункциональных взаимодействий*. В нормальном психическом развитии ребенка выделяют такие типы взаимодействия психических функций: *временная независимость функций, ассоциативные и иерархические связи*. *Временная независимость функций* характерна для ранних этапов онтогенеза, например, относительная независимость развития мышления и речи до двухлетнего возраста. С помощью *ассоциативных связей* разрозненные разномодальные впечатления объединяются в одно целое на основе пространственно-временной близости (например, образ дома, времени года). Самый сложный – *иерархический тип взаимодействия* обладает пластичностью и устойчивостью, которые позволяют в случае необходимости произвести компенсаторную перестройку психической функции (Н.А. Бернштейн, 1997).

На основе выделенных параметров В.В. Лебединский предлагает **классификацию дизонтогенеза** (6 типов нарушений психического развития): 1) *недоразвитие*; 2) *задержанное развитие*; 3) *дисгармоническое развитие*; 4) *искаженное развитие*; 5) *поврежденное развитие*; 6) *дефицитарное развитие*. Предлагаемая классификация дифференцирует отдельные варианты аномалий исходя из основного качества нарушений развития. Выделяются *группы аномалий*, вызванных: 1) *отставанием развития*: недоразвитие и задержанное развитие; 2) *диспропорциональностью* (асинхронией) развития: искаженное и дисгармоничное развитие; 3) *нарушениями или выпадением* отдельных функций: поврежденное и дефицитарное развитие.

Психическое недоразвитие типично проявляется при олигофрении (пример тотального психического недоразвития), два основных клинико-психологических «закона» которой сформулированы Г.Е. Сухаревой: тотальность нервно-психического недоразвития и его иерархичность. Примером локального психического недоразвития является общее недоразвитие речи (ОНР). Для *недоразвития* характерно раннее время поражения, когда имеет место незрелость мозга (например, *умственная отсталость*). Различные психические функции недоразвиты неравномерно, наиболее выражена недостаточность высших психических функций (мышление, речь).

Задержанное развитие характеризуется замедлением темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Задержка развития эмоциональной сферы проявляется в различных клинических вариантах инфантилизма (*ЗПР*). Наблюдается мозаичность поражения, когда наряду с недостаточно развитыми функциями имеются и сохраненные.

Поврежденное развитие имеет ту же этиологию (наследственные заболевания, внутриутробные, родовые, послеродовые инфекции, интоксикации и травмы ЦНС), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. Основное отличие патогенеза связано с более поздним (после 2–3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем уже сформировалась. Примером является *органическая деменция*, для которой характерны расстройства эмоциональной сферы и личности, нарушения целенаправленной деятельности, грубый регресс интеллекта.

Дефицитарное развитие связано с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторов. В этом случае развитие происходит в условиях дефицита получения информации посредством зрительного, слухового анализатора, недостаточной работы опорно-двигательной системы: *зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата*. Первич-

ный дефект ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, а также к замедлению развития других функций, связанных с пострадавшей опосредованно.

Искаженное развитие имеет место в случае сложного сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящего к ряду качественно новых патологических образований. Типичный пример – *синдром раннего детского аутизма*. В данном случае в процессе формирования психических функций наблюдается другая их последовательность по сравнению с нормальным развитием: у таких детей развитие речи опережает формирование двигательных функций, словесно-логическое мышление формируется раньше предметных навыков. При этом функции, развивающиеся ускоренно, не «подтягивают» развитие других.

Дисгармоничное развитие напоминает искаженное развитие. Отличие состоит в том, что его основой является не текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные виды искаженных межфункциональных связей, а врожденная, либо рано приобретенная диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Примером является *психопатия*, для нее характерны неадекватные реакции на раздражители, ребенку трудно приспособиться к условиям жизни в обществе. Степень выраженности психопатии зависят от условий воспитания и от окружения ребенка.

Выделяется также *парциальная несформированность высших психических функций*, которая характеризуется неравномерностью развития тех или иных сторон психической деятельности и представлена следующими *типами*: 1) с преимущественной несформированностью регуляторного компонента; 2) с преимущественной несформированностью вербального и вербально-логического компонента; 3) с несформированностью смешанного типа.

5.5 Личностные реакции на первичный дефект

Возможны несколько *типов личностного реагирования на дефект*:

- *Игнорирование* – часто встречается при олигофрении, связано с недоразвитием мышления и недостаточной критикой к успешности своей деятельности.
- *Вытеснение* – относится к невротическому типу реагирования на дефект и проявляется в сознательном непризнании его существования при подсознательном конфликте, накоплении негативных эмоций.
- *Компенсации* – такой тип реагирования, при котором происходит осознание дефекта и замещение утраченной функции за счет более сохранных.
- *Гиперкомпенсация* – усиленное развитие сохранных функций, сочетающихся со стремлением доказать, что дефект не приводит к каким-либо проблемам.
- *Астенический тип* реагирования приводит к возникновению заниженного уровня притязаний, низкой самооценке, фиксации на осознании своей неполноценности.

Тема 6. Компенсация и коррекция отклонений в развитии. Социально-психологическая реабилитация и абилитация

- 6.1 Понятие о компенсации, декомпенсации, сверхкомпенсации, псевдокомпенсации.
- 6.2. Компенсаторные процессы. Компенсация отклонений в развитии.
- 6.3 Социально-психологическая реабилитация и абилитация.
- 6.4 Понятие «коррекция».

6.1 Понятие о компенсации, декомпенсации, сверхкомпенсации, псевдокомпенсации

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. Адлера и др.

Компенсация функции (от лат. *compensatio* - возмещение) - восполнение или замещение функций, недоразвитых, нарушенных или утраченных вследствие дефектов развития, перенесенных заболеваний и травм. В процессе компенсации функция поврежденных органов или структур либо начинает осуществляться не пострадавшими непосредственно системами путем усиления их деятельности (так называемая заместительная гиперфункция), либо происходит перестройка частично нарушенной функции (иногда с включением других систем). Компенсация является одним из важных видов адаптационных реакций организма. Биологическим обоснованием возможности коррекции являются процессы **компенсации** (от лат. *compensatio* – возмещение, уравнивание). *Сущность процесса компенсации* заключается в возмещении в той или иной мере нарушенных функций и состояний: в мозг поступают сигналы с поврежденных участков (своеобразные сигналы SOS), в ответ на которые он мобилизует защитные механизмы, «запасы надежности живого организма» и противодействуют патологическому процессу. Одновременно с этим в высший отдел ЦНС непрерывно идут «доклады» о достигнутых результатах и на основе этого вносятся определенные коррективы в процесс компенсации: мобилизуются новые и демобилизуются прежние, оказавшиеся малоэффективными механизмы и приспособления. По достижении оптимальных результатов мобилизация защитных механизмов прекращается. Состояние скомпенсированности функций становится относительно устойчивым. В организме возникает тенденция к сохранению этой устойчивости.

Компенсация бывает двух видов: **органическая (внутрисистемная)** и **функциональная (межсистемная)**.

Внутрисистемная компенсация достигается при замещении поврежденных нервных элементов активностью сохранных нейронов в результате перестройки деятельности нейронных структур в анализаторах под влиянием адекватной стимуляции и специального перцептивного (т.е. с помощью восприятия) обучения. Базовый исходный уровень компенсации устанавливает адекватная сенсорная стимуляция, которая активирует восстановительные процессы не только в проекционном отделе анализатора, но также в ассоциативных и неспецифических образованиях мозга, механизм деятельности которых связан с восприятием.

Межсистемная компенсация связана с перестройкой деятельности или формированием новых функциональных систем, включающих проекционные и ассоциативные области коры головного мозга. При формировании новых функциональных систем решающее значение имеет психофизиологический фактор активации обратных связей анализатора, являющийся важным механизмом обработки поступающей из внешнего мира информации.

При рассмотрении теории компенсации психических функций *Л.С. Выготский* выделил несколько *положений*: 1) включение аномального ребенка в разнообразную социально значимую деятельность и создание активных и действенных форм детского опыта; 2) применение медицинского воздействия для преодоления первичных дефектов и корригирующего психолого-педагогического воздействия в борьбе с вторичными отклонениями; 3) специальное воспитание по собственным методикам обучения на основе выработки у ребенка интереса и потребностей в такой деятельности; 4) включение людей с различными нарушениями в активную трудовую деятельность, которая обеспечивает условия для полноценной интеграции в общество; 5) уровень компенсации определяется, с одной стороны, характером и степенью дефекта, резервными силами организма, с другой – внешними социальными условиями.

Сложившиеся компенсаторные процессы не носят абсолютного (устойчивого) характера, поэтому при неблагоприятных условиях (чрезмерные нагрузки, стрессы, болезни, сезонные ухудшения здоровья, резкое прекращение занятий и др.) они могут распадаться. В таких случаях наблюдается **декомпенсация**, т.е. рецидив функциональных нарушений. При декомпенсации отмечаются нарушения умственной работоспособности, снижение темпа развития, изменение отношений к деятельности, людям.

От явлений компенсации следует отличать **псевдокомпенсацию** – мнимые, ложные приспособления, вредные образования, возникающие в результате реакции человека на те или иные нежелательные проявления к нему со стороны окружающих людей.

Учение о компенсации открывает творческий характер развития. Ряд ученых строили на нем происхождение одаренности. Так, В. Штерн выступил с тезисом: «То, что меня не губит, делает меня сильнее; благодаря компенсации из слабости возникает сила, из недостатков – способности» (1923). А. Адлер выдвинул идею **сверхкомпенсации**: «Он (ребенок) будет хотеть все видеть, если он близорук; все слышать, если у него аномалия слуха; все будет хотеть говорить, если у него есть на лицо затруднение в речи или есть заикание ... Желание летать будет, выше всего выражено, у тех детей, которые уже при прыгании испытывают большие затруднения» (1927). А. Адлер приводит в качестве примера сверхкомпенсации истории из жизни величайшего оратора Греции Демосфена, страдавшего недостатками речи, Бетховена, потерявшего слух и продолжавшего писать музыку, слепоглохой писательницы Е. Келлер. Сверхкомпенсация развивает предчувствие и предвидение, а также их действующие факторы – память, интуицию, внимательность, чувствительность, интерес, т.е. все психические явления в усиленной степени, что приводит к выработке сверхполноценности из неполноценности, к превращению дефекта в одаренность, способность, талант.

6.2. Компенсаторные процессы. Компенсация отклонений в развитии

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.

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. При одном и том же нарушении у разных людей наблюдаются выраженные отличия в их социальной адаптации в зависимости от личностных особенностей.

Психологический уровень компенсации также связан с работой защитных механизмов и копинг-стратегий поведения.

Обычно в процесс компенсации вовлекается весь организм, поскольку при нарушении функционирования какой-либо системы возникает ряд изменений в организме, которые связаны не только с пострадавшей системой (первичные нарушения), но и с влияниями ее повреждения на другие, связанные с ней функции (вторичные нарушения). Например, врожденное или рано возникшее поражение органа слуха приводит к потере или нарушению слухового восприятия (первичный дефект), что вызывает нарушение развития речи (вторичный дефект), которое, в свою очередь, может стать причиной недостатков развития мышления, памяти, других психических процессов (дефекты третьего порядка) и в конечном счете оказать определенное влияние на развитие личности в целом. Вместе с тем повреждение системы неизбежно вызывает спонтанную перестройку функций ряда других систем, обеспечивающую процесс адаптации организма в условиях возникшей недостаточности (автоматическую компенсацию), в которой важную роль играет оценка центральной нервной системой успешности приспособительных реакций (санкционирующая афферентация, по П.К.Анохину), осуществляемая на основе обратной афферентации.

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

Компенсация функций при повреждении анализаторов имеет специфический характер, связанный с тем, что изменяется поступающая из внешней среды в организм и регулирующая его деятельность сигнализация. Поэтому в начале процесса компенсации используется афферентация с других (сохраненных) анализаторов. На дальнейших этапах процесса компенсации, когда сформировавшиеся связи стабилизируются, характер афферентации изменяется за счет сокращения "обходных" путем и включения сохранных звеньев нарушенной функциональной системы.

При нарушениях развития, связанных с врожденными или рано приобретенными дефектами анализаторов, процесс компенсации осложняется дополнительным отрицательным влиянием сенсорной депривации (недостаточности афферентации, стимуляции). Сенсорная депривация вызывает при длительном действии значительные изменения в деятельности нервных центров соответствующего анализатора, которые могут переходить в структурные изменения вплоть до дегенерации нервных клеток. Это влияние может быть преодолено только путем активного и возможно более раннего обучения. В таких случаях, например, у детей с глубокими нарушениями зрения удастся достигнуть компенсации недостатков познавательной деятельности путем развития в ходе специальных занятий незначительных и не используемых ими обычно остатков зрения. Убедительные результаты в этом направлении получены в исследованиях Л. П. Григорьевой. На их основе разработана система развития остаточного зрения.

Компенсация функций, полностью утраченных или глубоко поврежденных анализаторов, достигается путем замещения этих функций деятельностью других сенсорных систем. Так, путем специального обучения можно добиться значительной компенсации утраченного зрения развитием осязательного восприятия. Развитие осязания у незрячих и его использование для ознакомления с окружающей предметной действительностью с опорой на речь и мыслительную деятельность обеспечивают формирование у них адекватной картины мира. У нормально видящих эта картина основывается почти полностью на зрительной информации. Компенсация утраченного слуха при глухоте частично достигается путем развития зрительного восприятия речи ("чтение с губ"), обучения дактильной (т.е. пальцевой) азбуке (которая также доступна зрительному восприятию) и путем формирования речевых кинестезий под контролем кинестетического и зрительного восприятия.

В компенсации полностью утраченных функций важную роль играют специальные технические средства. Например, применением специальных приборов, преобразующих звуковые сигналы в световые, можно облегчить восприятие глухими чужой речи (принципиально возможно преобразование звуковой речи в печатный текст), а приборы, осуществляющие обратное преобразование, дают возможность слепым воспринимать световые явления, понять законы преломления и отражения света и даже пользоваться обычными книгами (с помощью преобразования плоскочечатного текста в брайлевскую строку или звучащую речь), т.е. приобщиться к богатству зрительного мира. В процессе компенсации выделяют два этапа - срочной и долговременной компенсации.

Компенсация функций при поражении коры головного мозга - при этом нарушаются механизмы процессов умственного развития и обучения. Компенсаторные процессы при таких поражениях наиболее сложны. В их осуществлении важную роль играют многолинейность и многосторонность анатомических связей различных нервных центров и отделов нервной системы (благодаря чему при разрушении одного из путей его функция может

выполняться другими нервными клетками) и пластичность нервных центров (под влиянием новой афферентной сигнализации после повреждения на периферии нервные клетки как бы переучиваются, в результате чего меняется эфферентная сигнализация и нервные центры могут выполнять новые, не свойственные им ранее функции).

6.3 Социально-психологическая реабилитация и абилитация

Понятия коррекции и компенсации тесно связаны с **реабилитацией** – меры по обеспечению и/или восстановлению функций, компенсации их утраты или отсутствия, снятию функциональных ограничений. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помощи.

В документах ООН термин «**реабилитация**» означает процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок независимости.

Процесс реабилитации подразделяется на **этапы**: 1) *восстановительное лечение*; 2) *реадаптация* – развитие возможностей приспособления инвалида к условиям внешней среды; ведущая роль здесь принадлежит психосоциальным воздействиям, направленным на стимуляцию социальной активности личности пострадавшего; 3) *собственно реабилитационный этап* – восстановление прежних отношений инвалида с окружающей действительностью.

Основными **принципами** реабилитации являются: 1) принцип партнерства и апелляции к личности инвалида; 2) принцип разносторонности усилий, вовлечения в реабилитационный процесс разных сторон жизни инвалида; 3) единство психосоциальных и биологических методов воздействия; 4) ступенчатость прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий.

Реабилитационное воздействие охватывает различные сферы – профессиональную, культурно-образовательную, семейную, досуговую, психологическую. Это связано с тем, что выраженное и стойкое нарушение здоровья или развития приводит к функциональной недостаточности в самых разных сферах – в труде, межличностных отношениях, проведении свободного времени, мобильности, организации быта, супружеских и сексуальных отношениях, в воспитании детей, формировании собственной линии поведения и «жизненной перспективы».

Психология больного человека подвержена изменениям, вызванным его страданиями. Хронические заболевания протекают длительно и связаны с перестройкой всей жизни человека. В работах отечественных психологов сформулированы критерии, по которым оцениваются **изменения личности больного**: 1) изменение содержания ведущего мотива деятельности и формирование нового мотива; 2) замена содержания ведущего мотива более низким; 3) снижение уровня опосредованности деятельности: деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется; 4) сужение круга отношений человека с обществом, обеднение мотивов; 5) нарушение степени критичности и снижение уровня самоконтроля.

Изменения личности носят самый разнообразный характер. Они могут проявляться в эмоциях (депрессия или эйфория), нарушениях эмоциональной сферы (апатия, бездуховность), отношении к себе и окружающим (некритичность, подконтрольность); изменениях активности (аспонтанность поведения и деятельности). Может наблюдаться эгоцентричность, особенно при ипохондрических нарушениях личности, или, наоборот, активность, когда человек, преодолевая тяжелую болезнь, не замыкается в себе, а

использует все компенсаторные возможности для установления контакта с другими людьми, творческой деятельности.

Применительно к личности больного человека авторы вводят понятие «*внутренняя картина болезни (ВКБ)*». Данное состояние не зависит от течения самой болезни и предполагает восприятие человеком себя как страдающего и требующего участия другого – лечащего или заботящегося. В истории изучения ВКБ было много вариантов понимания субъективных характеристик заболевания, они обозначались разными авторами несхожими терминами, но все описывали одно и то же явление.

Внутренняя картина болезни (А.Р. Лурия) – это все то, что испытывает и переживает больной: его общее самочувствие, самонаблюдение, представление о своей болезни; это сочетание восприятий и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических травм и переживаний. *Переживание болезни* (В.В. Ковалев) – это общий чувственный и эмоциональный фон, на котором проявляются ощущения, представления, связанные с болезнью. *Реакция адаптации* (Е.А. Шевалев) – комплекс приемов, вырабатываемых личностью в целях преодоления сознания неполноценности, переживаний ограничения своих физических и психических возможностей для преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни.

Систематизируя типы ВКБ, Р. Конечный и М. Боухал предлагают *классификацию реакций на болезнь*: 1) нормальная – соответствует объективной тяжести болезни; 2) пренебрежительная – недооценка тяжести болезни; 3) отрицающая – игнорирование болезни; 4) нозофобная – понимание того, что опасения преувеличены, но преодолеть опасений больной самостоятельно не может; 5) ипохондрическая – уход в болезнь; 6) нозофильная – больной получает удовлетворение оттого, что болезнь освобождает его от обязанностей; 7) утилитарная – получение выгоды от болезни: сочувствия, внимания, выхода из неприятной ситуации.

Р. Конечный и М. Боухал выделяют также *факторы, обуславливающие тип ВКБ*: 1) *характер болезни* (течение заболевания, необходимое лечение, наличие или отсутствие болей, косметических дефектов, ограничения подвижности); 2) *обстоятельства, в которых протекает болезнь* (окружающая среда, появление новых проблем); 3) *преморбидная личность* (у ребенка – боязнь болей, ограничения передвижения и др.; у взрослых – опасения потери работы, перевода на пенсию, изменений взаимоотношений в семье); 3) *социальное положение больного* (болезнь означает экономические потери, но иногда нетрудоспособность, может принести и экономическую выгоду: выплаты по инвалидности, пособия, льготы).

Реабилитация направлена не на само нарушение, а на личность человека и способствует восстановлению его полноценного существования в обществе, преодолению социальных последствий заболевания или недостатка развития.

По отношению к детям с ОПФР, инвалидам детства термин «реабилитация» неправомерен, поскольку речь идет о создании социальной пригодности и способности, поэтому применительно к детям употребляется понятие «*абилитация*». В дословном переводе с латыни *абилитация* – это приобретение способности к чему-либо. В отношении детей с врожденными и рано приобретенными нарушениями развития речь идет не о возвращении способности, а о первоначальном ее формировании.

Л.С. Выготский отмечал, что само действие дефекта всегда оказывается вторичным, отраженным: своего дефекта ребенок непосредственно не ощущает, но воспринимает те затруднения, к которым тот приводит. Непосредственное следствие – снижение социальной позиции ребенка по сравнению с другими детьми. Такой ребенок в процессе приспособления к социальной среде будет сталкиваться с препятствиями и трудностями, и это повлияет на формирование его характера.

Вся сложная психологическая надстройка, т.е. система формирования способов действий у ребенка с врожденным дефектом должна пониматься нами как реакция, как ответ на трудности приспособления к социальной среде. Системный характер строения человеческого сознания предполагает, что нарушение одного его компонента на определенном этапе неизбежно скажется на остальных, поэтому формирующаяся личность особого ребенка подвержена изменениям.

Анализ субъективных, личностных критериев отклоняющегося развития детей и подростков провел словацкий исследователь И. Кулка. Познакомимся с этими *критериями*: 1) у аномального ребенка потребности длительное время не удовлетворяются, что приводит к переживанию неудовлетворенности, которая оказывает на развивающуюся личность деструктивное влияние; 2) хроническое переживание страха, тревог, стрессы, фрустрации приводят к нарушению осознания себя, своей идентичности, формированию неадекватной самооценки; 3) дефект может привести к неустойчивой саморегуляции ребенка; 4) аномальный ребенок повышенно зависим от своего социального окружения, поэтому покровительственное воспитание оказывает на него деформирующее воздействие; 5) у детей с сенсорными и интеллектуальными дефектами адекватность восприятия действительности не может быть достигнута полностью в силу специфики их нарушений; 6) в результате включения защитных механизмов у аномальных детей часто встречается деформация самопознания; повышенная тревожность приводит к формированию комплекса неполноценности в процессе самопознания или, наоборот, к сверхкомпенсации; 7) у аномальных детей толерантность к фрустрации снижена из-за недостатка самодоверия и пониженная устойчивость к нагрузкам обусловлена хроническим накоплением стрессовых ситуаций, которые влияют на формирование целостности личности, уравновешенность психических процессов и сознательную регуляцию деятельности; аномальный ребенок склонен к уединению, «уходу в себя», ощущает беспомощность и безысходность, порождающие тревожность, иногда переходящую в панику; 8) аномальные дети плохо приспосабливаются к среде из-за своего дефекта и связанной с ним ограниченностью возможностей включения в нормальную общественную жизнь; 9) таким детям сложно самореализоваться, поскольку уже из самого дефекта следует определенная недостаточность и несовершенство возможностей для полноценной жизни.

Важнейшим направлением абилитации детей с отклоняющимся развитием является *работа с родителями*. Часто родители настолько сосредоточивают внимание на проблемах ребенка, что забывают о нем самом (своеобразный *дефект-центризм*). Наиболее типичными ошибками общения родителей с детьми бывают: 1) частая негативная оценка деятельности ребенка, он становится неуверенным в себе; 2) распространение негативной оценки отдельных сторон деятельности ребенка на всю его личность, что приводит к формированию у него комплекса неполноценности; 3) негативная эмоциональная окраска высказываний, обращенных к ребенку; 4) противопоставление дел или поступков ребенка поведению его сверстников; 5) отсутствие системы взаимоотношений с ребенком, в которой он может воспринимать себя позитивно и нормально реагировать на чужие успехи; 6) высокая психологическая нагрузка на ребенка в процессе его социальной адаптации; 7) резкие переходы от только положительных оценок к отрицательным, от наказующего тона к ласковому, поощрительному.

6.4 Понятие «коррекция»

Коррекция (от лат. *correctio* – улучшение, исправление) включает *систему психолого-педагогических мероприятий в сочетании с медицинской помощью, направленных*

ных на преодоление или ослабление недостатков психического и физического развития человека (минимизация дефекта – сведение последствий нарушений к минимуму).

Коррекция может быть прямой и косвенной. **Прямая коррекция** заключается в проведении тренинга с использованием педагогом специальных дидактических материалов и приемов воздействия, планирования содержания и прогнозирования результатов коррекционной работы во времени.

При **косвенной коррекции** предполагается, что уже в процессе обучения наступает продвижение в развитии ребенка, корректируется его психомоторная и мыслительная деятельность. Пути коррекции при этом выступают обогащение, уточнение, исправление имеющегося опыта и формирование нового,

В последние десятилетия в коррекционной педагогике и психологии сложился *принцип коррекционно-развивающего обучения*, который предполагает слияние коррекционной работы с учебным процессом. В учебных планах всех типов специальных школ, кроме базового и школьного компонента, выделяются коррекционные блоки предметов. Это может быть развитие слухового восприятия, ориентировка в пространстве, социально-бытовая ориентировка, логопедические занятия и др. Современные авторы нередко представляют *коррекцию* как совокупность коррекционно-воспитательной и коррекционно-развивающей деятельности.

В.П.Кащенко определяет следующие **основные направления коррекционной работы**:

1. Совершенствование движений и сенсорного развития: развитие мелкой моторики кисти и пальцев рук; развитие навыков каллиграфии; артикуляционной моторики.
2. Коррекция отдельных сторон психической деятельности: развитие зрительного восприятия и узнавания; развитие зрительной памяти и внимания; формирование обобщенных представлений о свойствах предметов (цвет, форма, величина); развитие пространственных представлений и ориентации; развитие представлений о времени; развитие слухового внимания и памяти; развитие фонетико-фонематических представлений, формирование звукового анализа.
3. Развитие основных мыслительных операций: формирование навыков соотносительного анализа; развитие навыков группировки и классификации; формирование умения работать по словесной и письменной инструкции, алгоритму; формирование умения планировать свою деятельность; развитие комбинаторных способностей.
4. Развитие различных видов мышления: развитие наглядно-образного мышления; развитие словесно-логического мышления (умение видеть и устанавливать логические связи между предметами, явлениями, событиями).
5. Коррекция нарушений в развитии эмоционально-личностной сферы (релаксационные упражнения для мимики лица, драматизация, чтение по ролям и др.)
6. Развитие речи, владение техникой речи.
7. Расширение представлений об окружающем мире и обогащение словаря.
8. Коррекция индивидуальных пробелов в знаниях.

Средства коррекции условно можно разделить на *традиционные* и *нетрадиционные* (альтернативные). Наиболее распространенные (традиционные) – это игра, учеба, труд, внеклассная работа, общественно-полезная деятельность, режим, лечебно-профилактические мероприятия (сбалансированное питание, витаминизация, закаливание, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение) и др. При этих средствах коррекция в основном достигается косвенным образом.

В последнее время приобретают популярность такие средства коррекции, как сенсорный и психомоторный тренинг, леготека (лего – игры конструктивного содержания), ароматерапия, иппотерапия (от греч. слова «иппо» – лошадь), арттерапия, музыкотерапия и др. Присутствие во многих названиях слова «терапия» подчеркивает лечеб-

ный, но не медикаментозный эффект. В современной отечественной практике перечисленные средства выступают как нетрадиционные. Очень важно при выборе средств коррекции делать опору на социально значимое содержание материала.

Принципиально значимыми *положениями* в программе коррекционно-развивающего обучения и воспитания являются следующие: 1) принцип единства диагностики и коррекции отклонений в развитии; 2) анализ социальной ситуации развития ребенка и его семьи; 3) включение родителей в коррекционно-педагогический процесс; 4) расширение традиционных видов детской деятельности и обогащение их новым содержанием; 5) формирование и коррекция высших психических функций в процессе специальных занятий с детьми; 6) реализация личностно-ориентированного подхода к воспитанию и обучению детей через изменение содержания обучения и совершенствование методов и приемов работы; 7) активизация эмоционального реагирования и эмоциональных проявлений в практической деятельности, общения детей и формирования адекватного поведения; 8) расширение форм взаимодействия взрослых с детьми и создание условий для активизации форм партнерского сотрудничества между детьми; 9) определение базовых достижений в каждом возрастном периоде.

Коррекция достигается посредством адаптации содержания обучения к особенностям познавательной деятельности учащихся, учета актуального уровня и зоны ближайшего развития, использования наглядности, замедленности процесса обучения, повторения и тренировочных упражнений, структурной простоты материала, индивидуального подхода.

МОДУЛЬ 2. ВАРИАНТЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Тема 1. Психическое недоразвитие. Поврежденное развитие.

1.1 Олигофрения – форма тотального психического недоразвития. Понятие «умственная отсталость».

1.2 Этиология психического недоразвития.

1.3 Клинико-патогенетическая классификация Г.Е. Сухаревой.

1.4 Классификация М.С. Певзнер.

1.5 Психологическая характеристика психического недоразвития.

1.6 Деменция: понятие, этиология, виды.

1.1 Олигофрения – форма тотального психического недоразвития. Понятие «умственная отсталость»

Умственная отсталость – это стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной деятельности, а также эмоционально-волевой и поведенческой сфер, обусловленное органическим поражением коры головного мозга, имеющим диффузный характер. *По времени возникновения* умственная отсталость включает в себя две **основные формы**: 1) олигофрению; 2) деменцию. Первый из указанных видов умственной отсталости – **олигофрения** – проявляется на более ранних этапах онтогенеза (до 1,5 – 2 лет), второй – **деменция** – на более поздних этапах онтогенеза (после 2 лет).

Большинство среди умственно отсталых составляют лица, имеющие медицинский диагноз **олигофрения**. У них поражение нервных клеток головного мозга произошло в период внутриутробного развития, в период родов или в первые три года жизни. Многие из них практически здоровы. У них не отмечается психических заболеваний, но с ранних этапов их развитие протекает замедленно и своеобразно. Наиболее выражена задержка в развитии высших психических функций и ограничены возможности развития произвольного внимания, восприятия, памяти, словесно-логического мышления, что существенно затрудняет познавательную деятельность таких детей и делает необходимым создание специальных условий для их обучения.

Олигофрения – это стойкое недоразвитие познавательной сферы, всей личности в целом, вследствие диффузного органического поражения коры головного мозга

- стойкое – значит непреходящее состояние, ребенок не может избавиться от недоразвития;
- страдают все стороны психики, поэтому говорим о недоразвитии всей личности в целом, а не только познавательной деятельности;
- диффузное поражение – разлитое поражение, затрагивает разные зоны коры головного мозга (в противоположность – локальное);
- органическое поражение предполагает нарушение мозговой ткани, функциональную слабость клеток мозга.

Олигофрения рассматривается как стойкое недоразвитие сложных форм психической деятельности, возникшее вследствие поражения центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза (до 1,5 - 2 лет).

Определяющими признаками олигофрении являются:

- ранние сроки поражения центральной нервной системы, при этом процесс не прогрессирует, ребенок развивается уже на дефектной основе;
- недоразвитие познавательной деятельности, связанное с замедленностью темпа психических процессов, ущербностью формирования всех интеллектуальных умений и навыков, несформированностью эмоционально-волевой сферы и личности в целом;

- при олигофрении органическая недостаточность мозга носит резидуальный (остаточный), непрогредиентный (неусугубляющийся) характер. Ребенок оказывается практически здоровым. Хотя его развитие осуществляется на дефектной основе, есть основания для оптимистического прогноза.

1.2 Этиология психического недоразвития

Умственная отсталость имеет различную этиологию. Все причинные факторы, приводящие к умственной отсталости, условно можно разделить на две группы: 1) эндогенные (внутренние); 2) экзогенные (внешние).

Эндогенные причины:

1) *наследственные заболевания родителей.* По наследству, на генетическом уровне передается около 50 – 70 % форм умственной отсталости;

2) *хромосомные нарушения.* В настоящее время установлено, что одной из частых причин умственной отсталости являются хромосомные нарушения, связанные с изменениями в численности или структуре хромосом (хромосомные aberrации). Они составляют около 15 % от всех случаев. Среди хромосомных аномалий чаще других встречается aberrация, вызывающая синдром Дауна;

3) *нарушения обмена веществ.* При большинстве наследственных нарушениях обмена имеет место поражение ЦНС, что приводит к возникновению так называемого сложного дефекта, т.е. к различным сочетаниям интеллектуальной недостаточности с поражениями двигательной системы, с недоразвитием речи, нарушениями зрения, слуха, с эмоционально-поведенческими расстройствами.

Экзогенные причины:

В *пренатальный (внутриутробный) период*: 1) хронические заболевания матери; 2) инфекционные болезни, перенесенные матерью в период беременности; 3) интоксикация, прием матерью во время беременности некоторых лекарственных препаратов; 4) курение, употребление алкоголя и наркотиков матерью.

В *натальный (родовой) период*: 1) родовые травмы; 2) инфицирование плода; 3) асфиксия (удушье) плода.

В *постнатальный период* (после рождения, примерно до трехлетнего возраста): 1) остаточные явления после различных инфекционных и других заболеваний;

2) различные травмы головы;

3) интоксикации, перенесенные ребенком.

Причиной неблагоприятных последствий для психофизического развития плода или ребенка после его рождения может быть и влияние повышенной радиоактивности биосферы (атмосферы, воды, почвы и др.).

К экзогенным причинам возникновения легких форм умственной отсталости можно отнести также неблагоприятные условия социальной среды и психическую *депривацию* (недостаточное удовлетворение важных психологических потребностей) ребенка в раннем детстве. Часто неблагоприятные наследственные факторы выступают в сложном взаимодействии с факторами внешней среды, т. е. наблюдается сочетание различных патологических факторов – полиэтиология.

1.3 Клинико-патогенетическая классификация Г.Е. Сухаревой

На основе специфики *клинико-психологической структуры* деменции Г.Е. Сухарева выделяет четыре типа, характеризующиеся преобладанием того или иного дефекта: 1) низкий уровень обобщений; 2) грубые нейродинамические расстройства; 3) недостаточность побуждений к деятельности; 4) нарушения критики и целенаправленности мышления.

Существует ряд классификаций умственной отсталости. В клинико-патогенетической классификации Г.Е.Сухарева (1965) выделяет следующие формы олигофрении: неосложненные, осложненные и атипичные.

При неосложненной форме олигофрении, чаще связанной с генетической патологией, в клинико-психологической картине дефекта имеются черты недоразвития в интеллектуальной, речевой, сенсорной, моторной, эмоциональной, неврологической и даже соматической сферах.

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.

Помимо неосложненной формы Г.Е.Сухарева выделяет осложненную форму олигофрении, при которой психическое недоразвитие осложнено болезненными (так называемыми энцефалопатическими) симптомами повреждения нервной системы: церебрастеническим, неврозоподобным, психопатоподобным, эпилептиформным, апатико-адинамическим.

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.

Атипичные формы олигофрении, по Г.Е.Сухаревой, 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 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.

1.4 Классификация М.С. Певзнер

Формы олигофрении по М.С. Певзнер. Наиболее приемлемой для решения задач олигофренопсихологии считается классификация, разработанная в 1959 г. М.С. Певзнер. В ее основу положен *клинико-патогенетический подход*. Автор выделила *пять основных форм олигофрении*:

1. *неосложненную (основной вариант);*
2. *с выраженными нейродинамическими нарушениями:*
 - а) с преобладанием процессов торможения;
 - б) с преобладанием процессов возбуждения;
 - в) лабильные;
3. *со снижением функций анализаторов и нарушениями речи:*
 - а) с нарушением зрения;

- б) с нарушениями слуха;
- в) с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- г) с речевыми отклонениями;
- 4) с психопатоподобным поведением;
- 5) с выраженной лобной недостаточностью.

Неосложненная форма олигофрении. У этой группы деятельность органов чувств не нарушена, не отмечается грубых нарушений в эмоционально-волевой сфере, в двигательной сфере, речи. Эти особенности сочетаются с недоразвитием всей познавательной деятельности. Дети этой группы обычно уравновешены, дисциплинированы и трудолюбивы. Определенная сохранность эмоциональной сферы и личности облегчает понимание ситуации, способствует ориентировке в окружающем, усвоению навыков поведения.

Олигофрения с выраженными нейродинамическими нарушениями. Интеллектуальное недоразвитие детей сочетается с нарушением баланса между процессами возбуждения и торможения в нервной системе. В случае *психомоторной расторможенности (возбудимости)* интеллектуальная деятельность, работоспособность и психическое развитие страдают от импульсивности, отвлекаемости, аффективной неуравновешенности. При преобладании *тормозимости* недоразвитие усугубляется двигательной и эмоциональной заторможенностью. В обоих случаях наблюдается значительное снижение работоспособности.

Олигофрения со снижением функций анализаторов или речевыми отклонениями. У олигофренов с нарушениями функций анализаторов или специфическими речевыми отклонениями диффузное поражение коры сочетается с более глубокими локальными повреждениями мозговой системы. Такие дети, помимо основного дефекта – умственной отсталости, имеют локальные дефекты слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата. При олигофрении, осложненной тяжелым недоразвитием речевых систем, дефекты речи нередко маскируют первичное недоразвитие психики. Выполнение заданий по речевой инструкции, не подкрепленное наглядным показом, вызывает большие затруднения.

Олигофрения, осложненная психопатоподобными расстройствами. При этой форме олигофрении наблюдается сочетание психического недоразвития с выраженной аффективной возбудимостью, расторможенностью влечений (сексуальностью, склонностью к бродяжничеству, воровству и т. п.). Отмечается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы, проявляется недоразвитие личностных качеств.

Олигофрения с выраженной лобной недостаточностью. Дети данной группы встречаются редко. Познавательная деятельность грубо страдает в связи с резким нарушением целенаправленности. У одних детей наблюдаются вялость, пассивность, двигательная заторможенность. Другим – свойственны импульсивность, суетливость, эйфорический фон настроения, высокая отвлекаемость. Своеобразие речи проявляется в сочетании ее внешнего богатства с непониманием смысла, бездумным повторением чужих высказываний. Характерно грубое недоразвитие личности, проявляющееся в не критичности к себе, отсутствии чувства смущения, обиды, страха и т. д.

1.5 Психологическая характеристика психического недоразвития

Недостаточное развитие отличается недостаточностью по отношению к средненормативному всех (тотальное, задержанное) или отдельных (парциальное) психических функций, их базовых составляющих (рис.1).

Для подгруппы *тотального недоразвития* – недостаточно сформированы именно произвольная регуляция психической активности и пространственно-временные представления, которые являются основой развития регуляторно-волевой и когнитивной сфер ребенка. Тотальное недоразвитие характеризуется крайне низкими показателями адекватности, критичности, обучаемости.

Для подгруппы *задержанного развития* несформированность этих же базовых компонентов, и регуляторной, и когнитивной сфер не так велика по сравнению со средненормативной и с возрастом (в 9-10 лет) полностью компенсируется (откуда эта группа и получила название «задержанное развитие»).

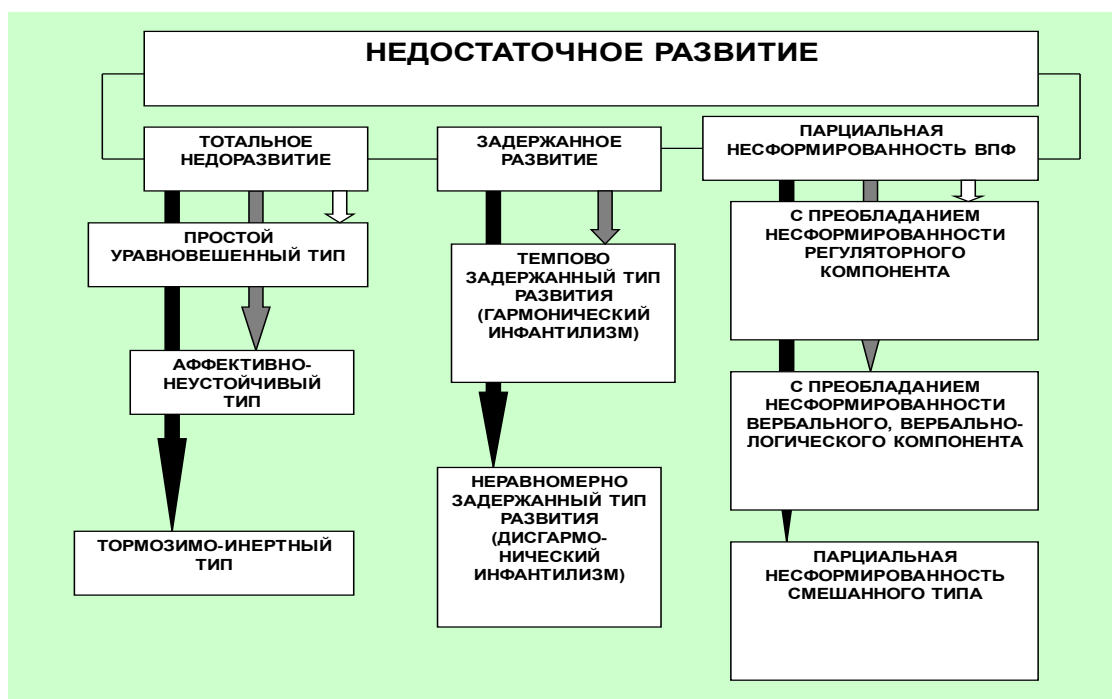


Рисунок 3 – Группа недостаточного развития

В том случае, когда недостаточно сформированы лишь отдельные компоненты базовых структур, можно говорить о *парциальной недостаточности* отдельных компонентов психической деятельности. Отмечается, что развитие детей этой категории идет принципиально иным путем, чем развитие детей с задержкой психического развития (табл. 6).

Таблица 6 – Примеры диагнозов недостаточного развития по МКБ-10

Группа недостаточного развития	Примеры
Тотальное недоразвитие	F70- F79. Умственная отсталость (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая).
Аффективно-неустойчивый тип тотального недоразвития	F7х.1, F7х.8. Умственная отсталость (соответственной степени выраженности) с поведенческими нарушениями.
Тормозимо-инертный тип тотального недоразвития	F7х.0. Умственная отсталость с минимальными поведенческими нарушениями или отсутствием их.

Парциальная несформированность высших психических функций преимущественно регуляторного компонента	F90. Гиперкинетическое расстройство (синдром гиперактивности и дефицита внимания)
Парциальная несформированность высших психических функций преимущественно вербального и вербально-логического компонента	F80. Специфические расстройства речи. F81. Специфические расстройства развития учебных навыков.
Парциальная несформированность смешанного типа	F83. Задержка психического развития церебрально-органического генеза.

Психологическую характеристику психического недоразвития можно рассмотреть следующим образом.

Нарушена *обобщенность восприятия*, отмечается его замедленный темп по сравнению с нормальными детьми. *Замедленность восприятия* усугубляется еще и тем, что из-за умственного недоразвития они с трудом выделяют, главное, не понимают внутренние связи между частями, персонажами и пр. Поэтому восприятие их отличается и меньшей дифференцированностью. Эти особенности при обучении проявляются в *замедленном темпе узнавания*, а также в том, что учащиеся часто путают графически сходные буквы, цифры, предметы, сходные по звучанию звуки, слова и т. п.

Для внимания характерны *малая устойчивость, трудности распределения внимания, замедленная переключаемость*.

Е.А. Винникова¹ отмечает следующие особенности развития внимания у дошкольников с интеллектуальной недостаточностью:

1. Нецеленаправленность внимания.
2. Повышенная отвлекаемость.
3. «Застревание» на простых или знакомых заданиях.
4. Преобладание непроизвольного внимания.
5. Недостаточное участие речи в процессе управления вниманием.

Отмечается *узость объема восприятия*. При восприятии выхватывают отдельные части в обозреваемом объекте, в прослушанном тексте, не видя и не слыша иногда важный для общего понимания материал. Кроме того, характерным является нарушение избирательности восприятия. Все отмеченные недостатки восприятия протекают на фоне недостаточной активности этого процесса, в результате чего снижается возможность дальнейшего понимания материала. Дети судят о воспринимаемых предметах, явлениях по первому впечатлению.

Характерны *трудности восприятия пространства и времени*, что мешает им ориентироваться в окружающем. Часто даже в 8-9-летнем возрасте не различают правую и левую сторону, не могут найти в помещении школы свой класс, столовую, туалет и т. п. Ошибаются при определении времени на часах, дней недели, времен года и т. п. Значительно позже своих сверстников начинают различать цвета. Особую трудность представляет для них различение оттенков цвета.

Анализ предметов проводят бессистемно, пропускают ряд важных свойств, *вычленяя лишь наиболее заметные части*. В результате такого анализа *затрудняются установить связи между частями предмета*. Устанавливают обычно лишь такие зрительные свойства объектов, как величину, цвет. При анализе предметов выделяют общие свойства предметов, а не их индивидуальные признаки. Из-за несовершенства анализа затруднен синтез предметов. Специфические черты мышления наблюдаются при

¹ Винникова Е.А. Дошкольная олигофренопсихология : пособие / Е.А. Винникова, С.А. Глуховская. – Минск: БГПУ, 2012. – 216 с.

проведении операции сравнения. Не умея выделить главное в предметах и явлениях, проводят *сравнение по несущественным признакам*, а часто – по несоотносимым.

Особенности восприятия у дошкольников с интеллектуальной недостаточностью (Е.А. Винникова):

1. Замедленный темп восприятия предмета.
2. Суженный объем воспринимаемых объектов от 3 до 5.
3. Недостаточная дифференцированность воспринимаемых предметов.
4. Нарушение константности восприятия, особенно удаленных предметов.
5. Нарушение целостности восприятия объектов.
6. Недостаточная активность восприятия.

Отличительной чертой мышления является *некритичность*, невозможность самостоятельно оценить свою работу. Дети часто не замечают своих ошибок, как правило, не понимают своих неудач и довольны собой, своей работой. Следует отметить наличие стереотипов, которое делает мышление негибким, непоследовательным.

Особенности развития мышления у дошкольников с интеллектуальной недостаточностью (Е.А. Винникова):

1. Мышление носит конкретный характер, ограничено непосредственным опытом и обеспечивает сиюминутные потребности.
2. Инертность и негибкость мышления.
3. Некритичность и непоследовательность мышления.
4. Замедленность и тугоподвижность мыслительных процессов.
5. Сложности в опосредовании мышления речью.
6. Недостаточная регулирующая роль мышления в поведении.

Лучше запоминают внешние, иногда случайные признаки, зрительно воспринимаемые. *Труднее осознаются и запоминаются внутренние логические связи*. Позже, чем у нормальных сверстников, формируется произвольное запоминание, при этом преимущество преднамеренного запоминания выражено не так ярко. Как отмечают Л. В. Занков, В. Г. Петрова, слабость памяти проявляется не только в трудностях получения и сохранения информации, но главным образом в ее воспроизведении. Воспроизведение – процесс очень сложный, требующий большой волевой активности и целенаправленности. Из-за непонимания логики событий *воспроизведение носит бессистемный характер*. Незрелость восприятия, неумение пользоваться приемами запоминания и припоминания приводит к ошибкам при воспроизведении. Наибольшие трудности вызывает воспроизведение словесного материала.

Необходимо указать и на такую особенность памяти, как *эпизодическая забывчивость*. Она связана с переутомлением нервной системы из-за общей ее слабости, возникновения состояния охранительного торможения.

Особенности развития памяти у дошкольников с интеллектуальной недостаточностью (Е.А. Винникова):

1. Замедленность запоминания.
2. Непрочность сохраняемого материала.
3. Неточности в воспроизведении материала, большое количество привнесений.
4. Эпизодическая забывчивость.
5. Сохранение преобладания произвольной памяти до конца дошкольного возраста.

Нарушение целенаправленности. Дети приступают к выполнению без достаточной ориентировки в задаче. При составлении плана решения исходят не из условий и вопроса задачи, а из несущественных признаков, руководствуются не задачей в целом, а отдельными ее частями.

Отношение к трудностям. При столкновении с определенными трудностями соскальзывают с пути выполнения задачи, то есть склонны подменять программу решения задачи более простой.

Отношение к результату деятельности не критичное, не соотносят полученные результаты с требованиями задачи.

Особенности переноса опыта. Искажает опыт, неадекватно переносит его элементы или переносит весь опыт в неадекватную ему ситуацию.

Отмечаются *недоразвитие эмоций, их незрелость, малодифференцированность*. Характерной чертой является неустойчивость эмоций. Состояние радости без особых причин сменяется печалью, смех - слезами и т. п. Переживания неглубокие, поверхностные. Имеют место случаи то повышенной эмоциональной возбудимости, то выраженного эмоционального спада.

Слабость собственных намерений, побуждений, большая внушаемость – отличительные качества волевых процессов. В работе предпочитают легкий путь, не требующий волевых усилий. Именно поэтому в их деятельности часто наблюдаем подражание и импульсивные поступки. Из-за непосильности предъявляемых требований у некоторых детей может развиваться негативизм, упрямство.

1.6 Деменция: понятие, этиология, виды

Умственная отсталость, возникающая в результате повреждения нормально сформированного мозга (после трех лет), называется *деменцией*. В результате травм головного мозга, различных заболеваний ЦНС (менингита, энцефалита, менингоэнцефалита и др.) происходит распад уже сформировавшихся психических функций, потеря сформированных ранее навыков. Например, у ребенка четырех лет деменция может проявиться в распаде фразовой речи, навыков самообслуживания, снижении и потере интереса к игре, рисованию. Поражения при деменции неоднородны. Наряду с выраженными нарушениями в одних областях мозга может наблюдаться более или менее выраженная сохранность других его отделов. *Деменция* – приобретенное слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых.

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

По динамике слабоумия при деменции различают: 1) резидуальную органическую; 2) прогрессирующую деменцию. По *этиологическому критерию* выделяют: 1) эпилептическую; 2) шизофреническую; 3) постэнцефалическую; 4) травматическую и др.

На основе специфики *клинико-психологической структуры* деменции Г.Е. Сухарева выделяет четыре типа, характеризующиеся преобладанием того или иного дефекта: 1) низкий уровень обобщений; 2) грубые нейродинамические расстройства; 3) недостаточность побуждений к деятельности; 4) нарушения критики и целенаправленности мышления.

Тема 2. Задержанное развитие

2.1 Понятие «задержка психического развития» (ЗПР).

2.2 Терминология, используемая для обозначения данной категории детей в стране и за рубежом.

2.3 Структура дефекта задержанного развития (по Е.С. Слепович).

2.4 Классификация ЗПР по этиологическому признаку, предложенная К.С. Лебединской.

2.5 Психологическая характеристика задержанного развития.

2.1 Понятие «задержка психического развития» (ЗПР)

Задержка психического развития – понятие, сложившееся в отечественной психологии в 60-х гг. XX в. на основе и в результате начавшегося на десятилетие раньше изучения детей, как испытывающих стойкие трудности в обучении в обычной (массовой) школе, так и таких, которые, будучи диагностированными как умственно отсталые, через непродолжительный период обучения в специальной (вспомогательной) школе начинали весьма успешно продвигаться вперед и обнаруживали большие потенциальные возможности. Во многих случаях последние при оказании им соответствующей педагогической поддержки и организационной помощи продолжали образование в обычной школе.

В первом случае дети характеризовались как стойко неуспевающие, во втором же – во вспомогательной школе до введения термина «задержка психического развития» – состояние детей определялось как псевдоолигофрения.

Развернутое последовательное психологическое изучение обеих групп детей позволило установить их тождественность, и все дети этой группы стали характеризоваться как имеющие временную задержку психического развития. Впоследствии явная избыточность в названии этой категории детей была устранена и утвердился термин «задержка психического развития» (в настоящее время в Республике Беларусь – «нарушение психического развития (трудности в обучении)»).

2.2 Терминология, используемая для обозначения данной категории детей в стране и за рубежом

Б. Симоном в 1911 году выделил группы «псевдоненормальных» учащихся. Сюда были включены «отсталые в педагогическом отношении» и соматически больные дети. В. Филипп и П. Бонкур (1911) выделили среди неуспевающих школьников группу «субнормальных учеников», куда вошли дети со «смягченными формами» умственной отсталости и психическим инфантилизмом, низкая обучаемость которых имеет временный характер. Авторы назвали эту группу детей временно ненормальными.

И. Борисов (1925) выделил группу детей «с пониженным общим развитием», отличающихся от педагогической запущенности и олигофрении. По его данным, число таких детей с возрастом постепенно уменьшалось.

С.И. Федоров (1936) среди 500 неуспевающих школьников выделил детей с задержкой развития, отличающихся слабым здоровьем и физической незрелостью (степень задержки развития 1-2 года). Он же отметил, что при задержке развития характер снижения интеллектуального уровня отличается от такового при олигофрении.

W. Stern (1920) описывает на основании психометрических методов группу «спорных дебилов». L. Schenk-Danzlner (1954) выделяет «пограничных дебилов» среди детей с интеллектуальным коэффициентом (IQ) в области 60-90 единиц.

В английском школьном законодательстве отражена группировка С. Burt (1955), по которой при легких отклонениях (IQ – интеллектуальный коэффициент – равен 85-70 единиц) имеет место *backwardness* («школьная отсталость») или *mental dullness* («умственная тупость»). Срок обучения детей со школьной отсталостью удлинён на 2-3 года.

По Д. Векслеру (1965) следует различать слабый интеллект (IQ равен 90-80 единиц) и пограничные случаи слабоумия (IQ равен 80-70 единиц). В градации интеллектуальной недостаточности, принятой в 1959 году американской ассоциацией психиатров, выделена пограничная умственная отсталость (IQ равен 86-68 единиц). Однако результаты тестовых исследований в значительной мере зависят от социокультурного влияния (Т.А. Власова, 1968, Д.Е. Мелехов, 1970, и др.) и могут быть использованы лишь как вспомогательный метод (Д.Н. Исаев и Л.И. Лычагина, 1971).

Согласно нормативным документам Республики Беларусь *дети с трудностями в обучении* выделены в отдельную типологическую группу. В имеющемся в научно-методической литературе определении, к категории детей с трудностями в обучении относятся «*дети, испытывающие в силу различных биологических и социальных причин стойкие затруднения в усвоении образовательных программ при отсутствии выраженных нарушений интеллекта, отклонений в развитии слуха, зрения, речи, двигательной сферы*» (С.Г. Шевченко). Тем самым подчеркивается, что в указанную категорию не входят дети, которые испытывают трудности в усвоении образовательных программ в силу выраженных отклонений в развитии (умственная отсталость, грубые нарушения речи, зрения, слуха, двигательной сферы).

Еще более конкретизировать данную группу детей позволяют «Положение о специальной общеобразовательной школе (школе-интернате) для детей с особенностями психофизического развития» (2005 г.) и «Положение о пункте коррекционно-педагогической помощи» (2004 г.), в которых определено, что «*дети с трудностями в обучении* – это дети с нарушениями психического развития, обусловленными задержкой или расстройством психического развития», а именно – дети, у которых отмечается: 1) смешанное расстройство учебных навыков (F 81.3) (*ЗПР психогенного происхождения*); 2) расстройство развития учебных навыков (F 81.9) (*ЗПР конституционального происхождения*); 3) смешанные специфические расстройства психического развития (F 83) (*ЗПР церебрально-органического происхождения*); 4) другие общие расстройства развития (F 84.8) (*ЗПР соматогенного происхождения*); 5) детский аутизм по типу общего нарушения развития (F84.0). Как видно, большую часть детей с трудностями в обучении составляют дети, у которых эти *трудности* обусловлены *задержкой психического развития*.

Таким образом, в настоящее время широко используется следующее определение ЗПР. *Задержка психического развития* – это замедление темпа развития психики ребенка, которое выражается в недостаточности общего запаса знаний, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемостью в интеллектуальной деятельности. ЗПР является пограничным состоянием между нормой и умственной отсталостью. Это понятие, которое говорит не о стойком, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается у ребенка при поступлении в школу.

2.3 Структура дефекта задержанного развития (по Е.С. Слепович)

Структуру дефекта задержанного развития Е.С. Слепович представляет следующим образом:

- при задержке психического развития его нарушение наступает рано, поэтому становление всех психических функций происходит не только замедленно, но и искаженно;
- характерна значительная неоднородность нарушенных и сохраненных звеньев психической деятельности;
- отмечается ярко выраженная неравномерность формирования разных сторон психической деятельности;
- наблюдается низкая активность во всех видах деятельности, особенно спонтанная;
- наиболее нарушенными оказываются эмоционально-личностная сфера, общие характеристики деятельности, работоспособность (в большей степени нарушено словесно-логическое мышление);
- трудности вызывают задания, требующие установление сложных причинно-следственных связей, оперирование материалом, отсутствующим в житейском опыте детей;
- обладают достаточно высокими потенциальными возможностями развития, показывают относительно хорошую обучаемость.

2.4 Классификация ЗПР по этиологическому признаку, предложенная К.С. Лебединской

В этиологии ЗПР играют роль конституционные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия воспитания и, главным образом, органическая недостаточность нервной системы. В рамках этиопатогенетической классификации ЗПР К.С. Лебединской², выделяются четыре основных ее типа:

- задержка психического развития конституционального происхождения;
- задержка психического развития соматогенного происхождения;
- задержка психического развития психогенного происхождения;
- задержка психического развития церебрально-органического происхождения.

Задержка психического развития конституционального генеза. К данному типу относят наследственно обусловленный *психический (психофизический) инфантилизм – гармонический или дисгармонический*. У таких детей выражены черты эмоционально-личностной незрелости, «детскости» поведения. При гармоническом – незрелость психики сочетается с субтильным гармоничным телосложением, при дисгармоническом – характер поведения и личностные особенности ребенка имеют патологические свойства (нередки аффективные вспышки). Детям с психическим инфантилизмом свойственны общая живость, повышенный интерес к окружающему, отсутствие инертности, тугоподвижности психических процессов. Инфантилизм равномерно проявляется во всех сферах (эмоциональной, волевой, интеллектуальной).

Задержка психического развития соматогенного генеза. Данный тип обусловлен хроническими соматическими заболеваниями.

Характерные признаки соматогенной ЗПР:

- ✓ стойкая астения;
- ✓ низкий общий психический и физический тонус;
- ✓ неуверенность, робость;

²Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / под ред. К.С. Лебединской. – М.: Педагогика, 1982. – 128 с.

- ✓ безынициативность, капризность.

Дети растут в условиях щадящего режима и гиперопеки, что приводит к вторичной инфантилизации, к снижению работоспособности.

Задержка психического развития психогенного генеза. Данный вид связан с неблагоприятными условиями воспитания (гипер- или гипоопека) и психотравмирующим воздействием среды, вызывающими нарушение формирования личности ребенка.

Отклонения в познавательной сфере обусловлены низким запасом знаний и представлений об окружающей среде. Им свойственны низкая работоспособность, высокая истощаемость нервной системы, несформированность волевой сферы. Нередко в этой группе детей наблюдаются невротические реакции и расстройства поведения.

Задержка психического развития церебрально-органического генеза. Незрелость функционального состояния центральной нервной системы (слабость процессов торможения и возбуждения, трудности в формировании сложных условных связей, отставание в образовании связей между анализаторами) характерно для детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза.

Е.В. Конева, С.Б. Корнилова следующим образом характеризуют особенности типов задержки психического развития³ (табл. 7).

Таблица 7 – Типология детей с задержкой психического развития

Тип	Описание
Задержка психического развития конституционального происхождения	Для ребенка характерны повышенный фон настроения, непосредственность, яркость и поверхностность эмоций, легкая внушаемость, что свойственно детям более младшего возраста. В играх со сверстниками достаточно активны и инициативны. Затруднения в учебе связаны с преобладанием игровых интересов, в связи с этим отстают от сверстников, так как школьную ситуацию всерьез не воспринимают, обращая все в игру. Существенных нарушений внимания и памяти у этих детей не наблюдается. Способность к отвлеченному мышлению обычно развита достаточно. Дети проявляют яркое воображение и фантазию, точно и быстро ориентируются в бытовых ситуациях.
Задержка психического развития соматогенного происхождения	Вследствие частых соматических заболеваний происходит замедление темпа созревания и развития мозговых систем. Главная причина затруднений в учебе - низкий физический и психический тонус, то есть, такие дети быстрее других устают, с трудом переносят связанные со школьным обучением нагрузки. При утомлении наблюдается либо повышенная переключаемость внимания, либо его патологическая инертность. Объем кратковременной памяти и способность к длительному удержанию информации в памяти снижены. Недостаточно развиты способности к анализу пространственных отношений, операциям последовательных действий разного уровня сложности. С операциями классификации, сравнения, анализа переносного смысла сказок басен, метафор справляются, как правило, с трудом и лишь с помощью взрослых.

³Конева Е. В., Корнилова С. Б. Учителю о детях с задержкой психического развития — Ярославль, «Ремдер» 2003 — 134 с.

Задержка психического развития психогенного происхождения	Неблагоприятные условия воспитания препятствуют развитию личности ребенка, например, безнадзорность, при которой не формируется чувство ответственности, умение регулировать свои эмоции и подчинять их требованиям школьной дисциплины. Дети нетерпеливы, непоседливы, стремятся к получению удовольствий, избегают ситуаций, выход из которых требует значительных волевых усилий. Знания их о мире отрывочны, бессистемны и часто неверны. Чрезмерная забота о ребенке также может сыграть негативную роль, так как ведет к слабому развитию самостоятельности и инициативности (воспитание по типу «кумир семьи»).
Задержка психического развития церебрально-органического происхождения	Дети отличаются стойкостью и выраженностью нарушений в эмоционально-волевой и в познавательной сферах. Характерна слабая заинтересованность в оценке, низкий уровень притязаний, высокая внушаемость. <i>Игры детей характеризуются монотонностью и однообразием. Затруднения в познавательной деятельности связаны с недостаточностью памяти, внимания, инертностью психических процессов, их медлительностью и пониженной переключаемостью.</i>

2.5 Психологическая характеристика задержанного развития

Для детей с ЗПР церебрально-органического генеза⁴ свойственны следующие особенности внимания:

- ❖ нарушение концентрации внимания как следствие утомления ЦНС;
- ❖ неадекватные колебания внимания как следствие утомления ЦНС;
- ❖ ограниченный объем внимания – ребенок воспринимает ограниченное количество информации в данный момент времени, не может воспринимать ситуацию в целом, а видит лишь отдельные ее элементы;
- ❖ «генерализованное и неселективное» внимание – ребенок не умеет сосредотачиваться на существенных признаках из-за зависимости внимания от внешних воздействий;
- ❖ «прилипание» (персеверация) внимания – ребенок с трудом переключает внимание в одного вида деятельности на другой;
- ❖ сниженное распределение внимания – ребенок не может выполнять несколько действий, находящихся на стадии усвоения.

Восприятие у детей с ЗПР поверхностное, они часто упускают существенные характеристики вещей и предметов, при этом специфика восприятия проявляется в его ограниченности, фрагментарности и константности. В связи с неполноценностью зрительного и слухового восприятия *недостаточно сформированы пространственно-временные представления.*

Недостатки в развитии произвольной памяти проявляются в *замедленном запоминании, быстрой забываемости, неточности воспроизведения*, плохой переработке воспринимаемого материала. В наибольшей степени *страдает вербальная память*. На передний план в структуре нарушения мнемической деятельности выступает *недостаточное умение применять приемы запоминания*, такие как смысловая группировка, классификация.

⁴Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. М.,-1986. – 256 с.

У большинства дошкольников с задержкой психического развития прежде всего *отсутствует готовность к интеллектуальному усилию*, необходимому для успешного решения поставленной перед ними интеллектуальной задачи. *Недостаточный уровень сформированности операции обобщения* у детей с задержкой развития отчетливо проявляется при выполнении заданий на группировку предметов по родовой принадлежности. Здесь проявляется трудность усвоения ими специальных терминов. Это относится и к видовым понятиям. В некоторых случаях дети хорошо знают объект, но не могут вспомнить его название. В общем виде можно сказать, что *родовые понятия носят диффузный, плохо дифференцированный характер*. Большинство детей хорошо владеют элементарными формами классификации. Распределение по группам простых геометрических фигур на основе выделения одного из признаков (цвета или формы) не представляет для них особых трудностей. При классификации сложного геометрического материала продуктивность выполнения работы снижается. Лишь немногие выполняют такое задание безошибочно. Одна из распространенных ошибок – подмена задачи более простой.

Анализ уровня развития *наглядно-образного мышления* показывает неоднородные результаты: есть дети, которые без особого труда выполняют задание, в большинстве же случаев детям требуется многократное повторение задания и оказание различных видов помощи. В некоторых случаях дети с заданиями не справляются даже при оказании помощи. При появлении отвлекающих моментов или посторонних предметов уровень выполнения заданий резко снижается.

Словесно-логическое мышление. В большинстве случаев выполнению заданий мешает бедность понятийного словаря и неумение устанавливать логическую связь или понять взаимоотношение предметов и явлений. Испытываемые детьми затруднения связаны прежде всего с тем, что к началу школьного обучения они еще не владеют в полной мере теми интеллектуальными операциями, которые являются необходимым компонентом мыслительной деятельности (анализ, синтез, сравнение, обобщение и абстрагирование). Так, при самостоятельном анализе предложенных им для описания объектов дети с задержкой психического развития выделяют значительно меньше признаков, чем их нормально развивающиеся сверстники.

Типичные для детей с ЗПР особенности в эмоциональном развитии:

- 1) неустойчивость эмоционально-волевой сферы, что проявляется в невозможности на длительное время сконцентрироваться на целенаправленной деятельности. Психологической причиной этого является низкий уровень произвольной психической активности;
- 2) проявление негативных характеристик кризисного развития, трудности в установлении коммуникативных контактов;
- 3) появление эмоциональных расстройств: дети испытывают страх, тревожность, склонны к аффективным действиям.

Дети отличаются *несамостоятельностью, непосредственностью*, не умеют целенаправленно выполнять задания, проконтролировать свою работу.

У детей с ЗПР незрелость эмоционально-волевой сферы является одним из факторов, тормозящим развитие познавательной деятельности из-за несформированности мотивационной сферы и низкого уровня контроля.

Анализу сюжетно-ролевой игры дошкольников с ЗПР посвящена работа Л.В. Кузнецовой⁵ (1981). Отсутствие развернутого сюжета, недостаточная координированность игровых действий детей, нечеткое разделение и соблюдение игровых правил

⁵ Кузнецова Л. В. Использование игры в коррекционных целях // Воспитание детей с задержкой психического развития в процессе обучения. М., 1981.

характеризует сюжетную игру детей подготовительной группы данной категории. Автор исследования полагает, что уровень развития игры у детей с ЗПР к моменту поступления в школу таков, что не обеспечивает их естественного перехода к обучению в массовой школе.

Анализ психолого-педагогической литературы⁶, позволяет выделить следующие особенности учебно-познавательной деятельности **младших школьников с ЗПР**.

- Снижение мотивации учебно-познавательной деятельности, которое может усугубляться в результате переживания неудач. В то же время достижение успехов (пусть даже они уступают успехам одноклассников) и его осознание могут способствовать формированию положительного отношения к учебе и познавательных интересов.

- Быстрая истощаемость и, как следствие, повышенная отвлекаемость и снижение работоспособности. В состоянии утомления могут наблюдаться неадекватные эмоциональные реакции.

- Трудности ориентировки в учебном задании, планировании и контроле его выполнения. В частности, проблематичным бывает выполнение инструкции (как устной, так и письменной), содержащей несколько требований.

- Чтение и письмо:

- затруднения в процессе овладения чтением и письмом;
- большое количество ошибок при письме: пропуски букв, слогов, смешение букв, обозначающих акустически и артикуляторно сходные звуки;
- ошибки из-за неусвоения грамматических правил;
- нарушение координации движений и ручной моторики.

⁶Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / под ред. К.С. Лебединской. – М.: Педагогика, 1982. – 128 с.

Обучение детей с задержкой психического развития: пособие для учителей / под ред. Т.А. Власовой [и др.]. – М.: Просвещение, 1981. – 119 с.

Тема 3. Дефицитарное развитие

- 3.1 Нарушения развития в связи с недостаточностью зрения и слуха.
- 3.2 Этиология дефицитарного развития.
- 3.3 Нарушения развития в связи с недостаточностью двигательной сферы.
- 3.4 Этиология ДЦП.
- 3.5 Формы ДЦП (по К.А. Семеновой).
- 3.6 Психологическая характеристика дефицитарного развития.

3.1 Нарушения развития в связи с недостаточностью зрения и слуха.

Нарушение слуха. Основой классификации являются следующие критерии: *степень потери слуха, уровень развития речи* (Р.М. Боскис). В соответствии с этими критериями выделяют следующие группы детей.

Глухие (неслышащие). К ним относят детей со степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею. Среди них выделяют: 1) *ранооглохших*. В эту группу входят дети, родившиеся с нарушенным слухом либо потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних его этапах. Обычно сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать сильные резкие звуки; 2) *позднооглохших*. Дети, сохранившие в той или иной мере речь, потерявшие слух в возрасте, когда речь была сформирована. Главной задачей является закрепление уже имеющихся речевых навыков, предохранение речи от распада и обучение чтению с губ.

Слабослышащие (*тугоухие*). Дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но с сохранной способностью к самостоятельному накоплению речевого запаса при помощи остаточного слуха. Речь имеет ряд существенных недостатков, которые подлежат коррекции в процессе обучения: 1) при *легкой степени* тугоухости шепотная речь воспринимается на расстоянии 3 – 6 м от уха, разговорная – на расстоянии 6 – 8 м; 2) при *умеренной степени* тугоухости шепотная речь воспринимается на расстоянии 1 – 3 м, разговорная – на расстоянии 4 – 6 м; 3) при *значительной степени* тугоухости шепотная речь воспринимается на расстоянии не далее 1 м, разговорная – на расстоянии 2 – 4 м; 4) при *тяжелой степени* тугоухости – шепот воспринимается на расстоянии 0,5 м, разговорная речь – на расстоянии не более чем 2 м.

Известна также *классификация слабослышащих*, разработанная Л.В. Нейманом: 1) воспринимают самые низкие частоты – 125-250 Гц, дети не различают каких-либо звуков, реагируют на громкий голос у уха; 2) 125-250-500 Гц, реагируют на громкий голос, различают гласные о, у; 3) 125-250-500-1000 Гц, реагируют на голос разговорной громкости около уха, различают 3 – 4 гласных, некоторые знакомые слова; 4) 125-2000 Гц, слышат разговорный голос на небольшом расстоянии, различают почти все гласные, некоторые согласные, отдельные знакомые слова и фразы.

Нарушение зрения. В зависимости *от степени снижения остроты зрения* на лучше видящем глазу, при использовании очков, и соответственно от возможности использования зрительного анализатора в педагогическом процессе выделяют следующие группы детей: **слепые** – дети с полным отсутствием зрительных ощущений, либо имеющие остаточное зрение (максимальная острота зрения – 0,04 на лучше видящем глазу с применением обычных средств коррекции – очков), либо сохранившие способность к светоощущению; **абсолютно, или тотально, слепые** – дети с полным отсутствием зрительных ощущений; **частично, или парциально слепые** – дети, имеющие светоощущения, способность к выделению фигуры из фона с остротой зрения от 0,005 до 0,04; **слабовидящие** – дети с остротой зрения от 0,05 до 0,2. При выраженном сниже-

нии остроты восприятия зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе.

В *зависимости от времени* наступления дефекта выделяют две категории детей: **слепорожденные** – это дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. Они не имеют зрительных представлений, и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы; **ослепшие** – дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже.

Время наступления нарушения зрения существенно для психического и физического развития ребенка. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения, особенности психофизического развития. Отсутствие визуальной тренировки у слепорожденных сказывается наиболее заметно на двигательной сфере, на содержании социального опыта. Основным фактором ориентировки для таких детей становится звуковой раздражитель.

3.2 Этиология дефицитарного развития

Этиология нарушения слуха: 25% случаев отсутствия слуха обусловлено действием вредных факторов во внутриутробный период развития ребенка: 1) вирусные инфекции беременной (краснуха, корь, грипп, вирус герпеса); 2) внутриутробные интоксикации химическими, лекарственными, алкогольными веществами, травмы плода.

Причинами *приобретенных дефектов слуха* могут стать: менингит, корь, скарлатина, паротит, пневмония, осложнения гриппа, кровоизлияния, опухоли, энцефалиты, заболевания носа и носоглотки в раннем детстве, невриты слухового нерва.

К *нарушениям функционирования слухового анализатора* могут привести химические препараты, токсично действующие на него (хинин, стрептомицин, мышьяк, ртуть, свинец), сильный шум и вибрация, травмы головы.

Нарушения слуха могут возникнуть в результате врожденной деформации слуховых косточек, атрофии или недоразвития слухового нерва, химических отравлений (например, хинином), родовых травм (например, деформации головы ребенка при использовании щипцов). К нарушениям слуха могут привести механические травмы – ушибы, удары, воздействия сверхсильных звуковых раздражителей (свистков, взрывов и т.п.).

Большое значение в возникновении нарушений слуха имеют *наследственные факторы*. В семьях глухих случаи рождения детей с нарушениями слуха встречаются значительно чаще, чем в семьях слышащих. Вероятность рождения глухих детей повышается в семьях, где один или оба родителя являются врожденно глухими, а также в случае брака между близкими родственниками, при большой разнице в возрасте вступивших в брак. Причинами нарушений слуха могут быть и такие заболевания родителей, как алкоголизм, «кессонная болезнь» (у летчиков, водолазов).

Этиология нарушения зрения. Могут быть *врожденными*: токсоплазмоз в период эмбрионального развития, другие инфекционные заболевания матери в период беременности, нарушение у нее обменных процессов, воспалительные заболевания. Некоторые виды слепоты могут передаваться по наследству. Известны также следующие врожденные дефекты зрения: микрофтальм – грубые структурные изменения глаза, анофтальм – врожденное безглазие, катаракта – помутнение хрусталика. Другими заболеваниями являются: пигментная дистрофия сетчатки, астигматизм (аномалия преломляющей способности глаза), врожденные мозговые опухоли. *Приобретенные* аномалии зрения встречаются реже, чем врожденные. К нарушениям зрения могут приве-

сти кровоизлияния, травмы, приобретенная катаракта, глаукома (повышенное внутриглазное давление), атрофия зрительного нерва. Причиной также может стать менингит, менингоэнцефалит, осложнение гриппа, кори, скарлатины, опухоль мозга, близорукость. Основная форма дефектов зрения – поражение проводящих путей и зрительной зоны коры головного мозга, а также хрусталика. Врожденные катаракты обусловлены наследственными обменными заболеваниями, внутриутробными инфекциями.

3.3 Нарушения развития в связи с недостаточностью двигательной сферы

Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5–7% детей. Нарушения его функций могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей данной категории отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией по степени их выраженности. Нарушение опорно-двигательной системы может наступить в результате следующих **причин**: 1) *наследственные аномалии* (плоскостопие) и *травмы* опорно-двигательной системы при рождении, в детском возрасте, болезни костной системы (остеомиелит – воспаление костного мозга); 2) *заболевания центральной нервной системы* на уровне спинного мозга: радикулит (воспаление спинномозговых нервов), полиомиелит (детский паралич, вызванный вирусной инфекцией), рассеянный склероз; 3) *травмы спинного мозга, искривления позвоночника* (сколиоз); 4) *заболевания центральной нервной системы* на уровне головного мозга: ДЦП, рассеянный склероз; 5) *травмы головного мозга*; 6) *нарушение обменных процессов* (рахит); 7) *болезни мышечной системы*: миопатия, миастения, атрофия; 8) *болезни суставов*: артрит (воспаление), артроз (зарастание соединительной тканью), болезнь Бехтерева (воспаление межпозвоночных суставов); 9) *болезни сосудов* (облитерирующий эндартериит).

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

Основной симптом ДЦП – двигательные расстройства, которые могут наблюдаться в одной конечности (монопарез или моноплегия), обеих верхних или нижних конечностях (верхний/нижний паразетез или паразетегия), на одной половине тела (гемипарез или гемиплегия), во всех 4-х конечностях (тетрапарез или тетраплегия). Частым клиническим проявлением ДЦП является слюнотечение. В целом, при ДЦП наблюдается синтез двигательных, речевых, ментальных, эмоционально-волевых дефектов. Сложность общего развития детей с ДЦП заключается в наличии выраженных нарушений скоординированной двигательной работы (асинергии – от греч. а – приставка со значением отрицания, sin – вместе и ergon – работа).

Разнообразие двигательных нарушений при ДЦП обусловлено действием ряда факторов: 1) нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии); 2) ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи); 3) наличие патологических тонических рефлексов, отмечается запаздывание в угасании врожденных двигательных автоматизмов, к которым и относятся позотонические рефлексы (их выраженность препятствует последовательному развитию реакций выпрямления и равновесия, которые служат основой для развития произвольных двигательных навыков и умений); 4) недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных (статокинетических) рефлексов (обеспечивают формирование вертикального положения тела человека и произвольной моторики); 5) нарушение ощущений движений (кинестезии); 6) синкинезии (непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных произвольных движений); 7) наличие насильственных движений в виде гиперкинезов и тремора; 8) нарушения равновесия и координации движений (атаксия).

3.4 Этиология ДЦП

В основе *детского церебрального паралича* (ДЦП) лежит раннее (как правило, внутриутробное – до 50% случаев) повреждение или недоразвитие мозга, вследствие эндокринных, инфекционных и хронических заболеваний матери, интоксикации, несовместимости крови матери и плода по резус-фактору, иммунологическим характеристикам и др., иногда – возникающее в результате родовой травмы или асфиксии новорожденного, реже – как следствие энцефалита. Наследственным заболеванием ДЦП, как правило, не является. Частота его проявления достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных. Характеризуется парезами и параличами, нарушенным тонусом мышц (гипер- или гипотонус) и гиперкинезами конечностей. Нередки дизартрия, тугоухость, вегетодистонии, психоорганический синдром (задержки умственного развития, повышенная эффективность, инертность нервно-психических процессов).

3.5 Формы ДЦП (по К.А. Семеновой)

В настоящее время принята классификация ДЦП К.А.Семеновой, которая очень удобна в практической работе врачей, логопедов, дефектологов, психологов. В соответствии с современными представлениями о патогенезе заболевания эта классификация учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания, – двигательные, речевые и психические, – а также позволяет прогнозировать течение заболевания. В ней выделены **пять форм ДЦП**:

1. *Спастическая диплегия*. При спастической диплегии (болезнь Литтля), являющейся самой распространенной формой ДЦП, у больных отмечается высокий (спастический) тонус мышц сгибателей конечностей, тетрапарез (парезы обеих рук и ног), при котором руки страдают меньше, чем ноги.

2. *Гемипаретическая форма* – парезы одной стороны тела (поражение тяжелей в верхних конечностях).

3. При *гиперкинетической форме* гиперкинезы могут сочетаться с парезами или выступать как самостоятельный вид расстройств.

4. *Атонически-астатическая форма*. Характеризуется низким мышечным тонусом (атония), трудностью формирования вертикальной позы (астазия), нарушениями равновесия и координации движений (атаксия), динамическим тремором, который уси-

ливается по мере развития двигательного акта. В половине случаев сопровождается олигофренией.

5. *Двойная гемиплегия.* Наиболее тяжелая форма ДЦП. Дети не ходят, не стоят, не сидят, не держат голову. Сочетается с олигофренией.

3.6 Психологическая характеристика дефицитарного развития

Анализ литературы по этой проблеме позволяет выделить ряд последовательных причинно-следственных звеньев дефицитарного развития психики.

1. Нарушение одного из анализаторов представляет собой условие нарушения нормы психического развития в результате дефекта сенсомоторной основы психического отражения.

2. Поскольку в целостном психическом отражении взаимодействуют все анализаторы и все психические процессы, то нарушение функционирования хотя бы в одном анализаторе приводит к нарушению всех психических процессов.

3. Основной механизм нарушения внимания - ослабление интереса к окружающему миру, угасание ориентировочно-исследовательского рефлекса вследствие потери одного из каналов психической информации. Недостаток произвольного внимания затрудняет процесс обучения, сокращает зону ближайшего развития ребенка.

4. Основной механизм нарушения восприятия – нарушение образов отражения: искажение реальных параметров в первичных зонах поврежденных анализаторов ощущений; несформированная модальность (звуковая, зрительная, двигательная) психических образов; отсутствие целостности психических образов (их фрагментарность) вследствие неполноты взаимодействия всех анализаторов.

5. Основной механизм нарушения памяти – предшествующие запечатлению и сохранению информации нарушения внимания, неполнота и искажение психических образов восприятия.

6. Основной механизм нарушения мышления - недостатки внимания, неполная и искаженная информация восприятия и памяти, т.е. существенные пробелы и ошибки первичной информации, с которой в дальнейшем предстоит работать мышлению.

В этой связи страдает в первую очередь наиболее онтогенетически ранний вид наглядно-действенного мышления. Нарушение первой ступени мышления, базовой для формирования последующих, становится первопричиной затруднений в развитии основанных на наглядно-действенном мышлении более сложных форм образного и словесно-логического мышления. В результате появляется целостная картина отставания психического развития в познавательной сфере. Она характеризуется несформированностью свойств обратимости мышления, т.е. расстройством взаимодействия информационных кодов действия с предметом (наглядно-действенное мышление), образов действия с предметом (образное мышление), словесного обозначения предметов и абстрактных действий с ними (словесно-логическое мышление).

7. В результате компенсации первичного дефекта того или иного анализатора (зрительного, слухового, двигательного) развитием речи, вербальным мышлением часто отмечается формализм мышления, т.е. неподкрепление словесного обозначения предмета и явления сенсомоторным образом, неподкрепление теории практикой, идеального Я (хочу) реальным Я (могу).

8. Недостаток адекватного отражения мира реалистичным, объективным, рациональным способом компенсируется субъективным, эмоциональным, иррациональным способом психического отражения. В структуре личности происходит существенный сдвиг аффективно-когнитивной пропорции психического отражения в сторону аффекта.

9. Личность, которая формируется в результате дефицитарного развития, часто приобретает тип так называемой нарциссической личности, для которой характерны:

- инфантильность, эгоцентризм;
- завышенная самооценка идеального «Я», неадекватно претенциозные запросы по сравнению с неразвитым реальным «Я» (умениями, способностью реализовать претензии на исключительность);
- чрезмерная эффективность, замещающая недостатки интеллекта, высших духовных чувств, изъяны моральных качеств;
- мощная психологическая защита, компенсирующая слабо развитое реальное Я.

Без специальной профилактической работы медиков, психологов, педагогов возникающие разнообразные акцентуации характера в процессе дефицитарного развития личности приводят к психопатии, к патологическому завершению дизонтогенеза.

10. Межличностные отношения являются большой проблемой, поскольку значительная зависимость от зрячих, слышащих, двигающихся, а значит более компетентных в окружающем мире, создает специфические трудности формирования мотивации общения, предполагающей диалог, где происходит восприятие и осмысление эмоциональных другого человека. Особенно сложно вступать в общение слепому и детям с ДЦП.

11. Трудности построения социального взаимодействия приводят к возникновению социальных страхов.

Тема 4. Искаженное развитие. Дисгармоническое развитие

- 4.1 Понятие «расстройства аутистического спектра» (РАС).
- 4.2 Характерные признаки проявления РАС (по В.И. Лубовскому).
- 4.3 Этиология искаженного развития.
- 4.4 Психологическая характеристика искаженного развития.
- 4.5 Психопатия как форма дисгармонии личности.
- 4.6 Этиология дисгармонического развития.
- 4.7 Виды психопатий.

4.1 Понятие «расстройства аутистического спектра» (РАС)

К расстройствам аутистического спектра (РАС) относят ряд различных форм психической патологии, общим для которых является наличие в клинической картине *аутизма*. Термин «*аутизм*» ввел в 1912 г. швейцарский психиатр Э. Блейлер для обозначения особого вида аффективной (чувствительной) сферы и мышления, которые регулируются внутренними эмоциональными потребностями человека и мало зависят от окружающей действительности. Разные варианты аутизма были впервые описаны независимо друг от друга тремя известными психиатрами: в США – Л. Каннером (1943), в Австрии – Г. Аспергером (1944) и в СССР – С.С. Мнухиным (1947). Под термином «*аутизм*» понимают *«отрыв от реальности, уход в себя, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой»*. Аутизм как симптом встречается при довольно многих психических расстройствах, как у детей, так и у взрослых, но в некоторых случаях он проявляется очень рано, в первые годы и даже месяцы жизни, занимает центральное, ведущее место в клинической картине и оказывает негативное влияние на все психическое развитие ребенка.

Клинически РАС – неоднородная группа расстройств, в которую принято включать ранний детский аутизм (РДА), атипичный аутизм, синдром Аспергера и некоторые другие формы. Принятая ВОЗ Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) относит РАС к общим расстройствам развития (F84), при которых отклонения обнаруживаются во всех психических функциях. Согласно критериям МКБ-10, при *детском аутизме* (F84.0) отмечаются: 1) качественные нарушения в сфере социального взаимодействия; 2) ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности; 3) аномалии развития, отмечающиеся в первые три года жизни. Если один из признаков детского аутизма не получает выражения, то говорят об *атипичном аутизме* (F84.1), а «мягкий вариант» аутизма, при котором речь и интеллект формально сохранены, называют *синдромом Аспергера* (F84.5).

РАС встречаются чаще, чем синдром Дауна или изолированные глухота и слепота, вместе взятые, чем сахарный диабет или онкозаболевания у детей. Статистические данные о *распространенности РАС* неоднозначны, на что есть свои причины: 1) недостаточная определенность диагностических критериев, их скорее качественный, чем количественный, характер; 2) традиционные различия в оценке возрастных границ (в России – не старше 15 лет, в странах Западной Европы, США и Японии – без возрастных ограничений); 3) различия в понимании причин РАС, механизмов их развития, самой сущности этой патологии. Общеизвестно, что у мальчиков аутизм встречается в 4–4,5 раза чаще, чем у девочек. И в отечественной и зарубежной литературе больше придерживаются цифр от 15 до 25 случаев на 10 тыс. новорожденных. Отмечается также, что частота аутизма с течением времени растет, и в последние годы многие веду-

щие западные специалисты сообщают о 40–45 случаях на 10 тыс. новорожденных. Кроме того, показано, что частота РАС не зависит от национального, расового, географического и многих других факторов, что подчеркивает не локальный, а общечеловеческий характер этого тяжелого нарушения психического развития.

4.2 Характерные признаки проявления РАС (по В.И. Лубовскому)

Проявления РДА можно наблюдать у ребенка в возрасте 1 года:

- у ребенка поздно возникает комплекс оживления, он не фиксирует взгляд на лицах, при этом обращая внимание на предметы;
- бывает негативная реакция на позу при кормлении;
- моторное развитие своеобразно: ребенок на руках у матери может быть либо вялым, либо избыточно напряженным; запаздывает развитие навыка ходьбы;
- отмечаются нарушения походки и координации: подпрыгивание при ходьбе, размахивание руками, ходьба на носочках.

Существует ряд основных *симптомов аутизма*, которые наиболее ярко проявляются у детей в возрасте от 3 до 5 лет: 1) склонность к одиночеству, нарушение социального развития не связано с уровнем интеллектуального развития, который может быть достаточно высоким; 2) стремление к постоянству, стереотипность поведения; 3) задержка в развитии речи и самосознания; 4) повышенная чувствительность к сенсорным раздражителям, патология влечений; 5) искусственность, манерность поведения.

Стержнем *коммуникативных нарушений* является аутизм как симптом, что наиболее ярко проявляется в возрасте 3 – 5 лет. К самым характерным признакам своеобразия в раннем возрасте можно отнести следующие:

- 1) ребенок с аутизмом не фиксирует взгляд, особенно на лице, деталях лица другого человека, не выносит прямого зрительного контакта «глаза в глаза»;
- 2) первая улыбка хотя и появляется вовремя, но не адресуется кому-то конкретно, не провоцируется смехом, радостью, иными аффективными реакциями других людей;
- 3) к окружающим малыш относится индифферентно: на руки не просится, часто предпочитая находиться в кроватке, в манеже, в коляске и т.д.; на руках у взрослого не стремится приспособиться, выбрать удобную позу, а остается напряженным; позу готовности не обнаруживает или делает это очень вяло; вместе с тем иногда легко идет на руки ко всем;
- 4) своих близких узнает, но при этом не проявляет достаточно насыщенной и продолжительной эмоциональной реакции;
- 5) к ласке относится необычно: иногда равнодушно (терпит ее) или неприязненно, но даже если положительно, то быстро пресыщается;
- 6) реакция на проявления, связанные с уходом, гигиеной (например, перемена мокрых пеленок), парадоксальная: либо вообще не переносит дискомфорта, либо безразличен к нему;
- 7) потребности в контактах с другими людьми (даже близкими) не испытывает, если они возникают, быстро пресыщается, избегает или игнорирует их, что крайне затрудняет воспитание и обучение, делая их невозможными без использования специальных методов и приемов.

Яркими внешними проявлениями синдрома РДА 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. Имеются сложности в выражении ребенком своих эмоциональных

состояний и понимании им состояний других людей. Трудности эмоциональных связей проявляются даже в отношениях с близкими, но в наибольшей степени аутизм нарушает развитие отношений с чужими людьми. Стереотипность в поведении, связанная с напряженным стремлением сохранить постоянные, привычные условия жизнедеятельности. Ребенок сопротивляется малейшим изменениям в обстановке, порядку жизни. Наблюдается поглощенность однообразными действиями: раскачивание, потряхивание и взмахивание руками, прыжки; пристрастие к разнообразному манипулированию одним и тем же предметом: трясение, постукивание, верчение; захваченность одной и той же темой разговора, рисования и т.п. и постоянное возвращение к ней.

Характерная задержка и нарушение речевого развития, а именно ее коммуникативной функции. Не менее чем в одной трети случаев это может проявляться в виде мутизма (отсутствие целенаправленного использования речи для коммуникации при сохранении возможности произнесения слов и фраз). Ребенок с РДА может иметь и формально хорошо развитую речь с большим словарным запасом, развернутой «взрослой» фразой. Однако такая речь носит характер штампованности, попуайности, фотографичности.

Ребенок не задает вопросов и может не отвечать на обращенную к нему речь, может увлеченно декламировать одни и те же стихи, но не использовать речь даже в самых необходимых случаях, т.е. имеет место избегание речевого взаимодействия как такового. Характерны речевые эхолалии (стереотипное бессмысленное повторение услышанных слов, фраз, вопросов), длительное отставание в правильном использовании в речи личных местоимений, в частности ребенок долго продолжает называть себя «ты», «он», обозначает свои нужды безличными приказами «дать пить», «накрыть» и т.д. Обращает на себя внимание необычный темп, ритм, мелодика речи ребенка. Ранее проявление указанных выше расстройств (в возрасте до 2,5 лет). Наибольшая выраженность поведенческих проблем (самоизоляция, чрезмерная стереотипность поведения, страхи, агрессия и самоагрессия) наблюдается в дошкольном возрасте, с 3 до 5-6 лет.

Отличия синдрома Каннера от синдрома Аспергера (по В.В.Ковалеву) По мнению большинства современных авторов, ранний детский аутизм представляет синдром или группу сходных синдромов разного происхождения. Более четко очерченными являются те варианты синдрома, которые получили наименование синдромов Каннера и Аспергера. Несмотря на наличие определенных различий, разграничение их весьма условно. Основные проявления раннего детского аутизма, описанные выше, имеют место при обоих вариантах. Наиболее существенными различиями, согласно G. Nissen, можно считать, во-первых, нормальный или выше среднего уровень интеллекта при синдроме Аспергера и невысокий интеллектуальный уровень или интеллектуальную недостаточность при синдроме Каннера и, во-вторых, опережающее развитие речи (ребенок начинает говорить до появления самостоятельной ходьбы) при синдроме Аспергера и часто отставание в развитии речи в случае синдрома Каннера.

Кроме того, синдром Аспергера встречается почти исключительно только у мальчиков, тогда как синдром Каннера может наблюдаться (хотя и реже) и у девочек. Меньшее дифференциально-диагностическое значение имеет характер отношения к близким (ребенок с синдромом Аспергера нередко относится к ним, как к помехе, а ребенок с синдромом Каннера может их вообще не замечать).

В типичных случаях указанных синдромов прогноз может быть различным. Он более благоприятен при синдроме Аспергера, который рассматривается как особый вариант начального этапа формирования аутистической (шизоидной) психопатии. В случае синдрома Каннера чаще наблюдается переход в пограничную интеллектуальную недостаточность или атипичную форму умственной отсталости.

4.3 Этиология искаженного развития

Причины РАС недостаточно ясны, хотя большая роль генетических факторов в их этиологии общепризнанна. В настоящее время практически все известные исследователи биологических основ аутизма согласны, что, по крайней мере, большая часть случаев наследственно обусловлена. Механизм наследования не совсем ясен, но он заведомо не моногенный. Наиболее вероятным считается мультифакториальный механизм: генный комплекс обеспечивает передачу предрасположенности к развитию патологии, но реализуется лишь при наличии неспецифического манифестного (экзогенного и/или эндогенного) фактора. Такая точка зрения привлекательна уже тем, что лучше других позволяет объяснить большую клиническую полиморфность аутизма, особенно если принять гипотезу В. П.Эфроимсона, что реализация мультифакториального комплекса возможна при наличии хотя бы одного принадлежащего к этому комплексу патологического гена, а не всего комплекса или определенной его части. Эта гипотеза позволяет также объяснить, почему популяция людей с РАС растет количественно, несмотря на то, что явно не самовоспроизводится.

Тонкие генетические механизмы наследования РДА слабо изучены, хотя связь аутизма с некоторыми конкретными генами показана. Считают, что в состав генного комплекса, обуславливающего развитие РАС, возможно, входят и отдельные гены-регуляторы, контролирующие порядок активации и инактивации других генов.

Органическое поражение ЦНС рассматривается в связи с этиологией аутизма около 60 лет. Как показывает опыт, у детей с РАС при внимательном исследовании практически всегда обнаруживаются знаки органического поражения ЦНС, однако их происхождение и квалификацию установить сложно. Попытки связать РАС с определенной локализацией поражения пока не дали четких результатов. Чаше всего исследователи говорят о нарушении корково-подкорковых связей, лимбической системы, о недоразвитии некоторых структур мозжечка, патологии функциональной межполушарной асимметрии. Для того чтобы делать определенные выводы, накопленного материала пока недостаточно.

Психогенный фактор анализировался в США и Западной Европе в рамках психоаналитического подхода, который в случае аутизма сейчас признан неэффективным. В отечественной литературе имеются указания на то, что психогенный аутизм возможен, но четких клинических характеристик этих форм нет. Психогенный фактор может: а) быть манифестным для любых форм РАС; б) вносить вклад в формирование третичных образований РАС (невротические расстройства в связи с переживанием своей несостоятельности) при достаточном уровне интеллекта и самосознания; в) служить причиной вторичной аутизации при сенсорных дефектах и других вариантах депривационного психического развития.

4.4 Психологическая характеристика искаженного развития

В **процессах восприятия** обнаруживаются черты неравномерности, парциальности. Так, например, в зрительном восприятии на первый план выходит не целостный зрительный образ, а его отдельные компоненты – цвет, форма, размер: тонко оценивая оттенки цветов, ребенок к другим параметрам относится формально, а иногда и вообще их игнорирует, не замечает. Многие люди с аутизмом сообщают, что они видят отдельные детали, которые им приходится потом складывать в целостный образ, что для некоторых оказывается вообще недоступным: картина окружающего мира получается разорванной, фрагментарной.

Часто отмечается повышенная чувствительность к резким сенсорным воздействиям, что легко становится причиной гиперсензитивных страхов. Аналогичные явления наблюдаются и в деятельности слуховой, обонятельной, вкусовой и других сенсорных систем. В то же время нередки случаи, когда дети с аутизмом не реагируют на сенсорные раздражители или реагируют парадоксально (например, отвечают на шепот, но никак не замечают громкую речь).

По мнению многих исследователей, аутичные дети воспринимают окружающее симультанно, т.е. как единое целое: не в состоянии отделить объект от фона или сосредоточиться на какой-нибудь детали; чутко реагируя на мельчайшие изменения в окружающем (феномен тождества), не могут указать на них, назвать их, их реакция оказывается недифференцированной. Вместе с тем при РДА сукцессивно организованные процессы (последовательно во времени) воспринимаются с трудом: вызывает затруднения усвоение таких понятий, как «сначала», «потом», «вчера», «сегодня» и «завтра»; характерны проблемы в речевом развитии, поскольку речь по своей природе организована сукцессивно. Эти особенности обуславливают возникновение многих принципиальных вопросов, связанных с тем, как строить коррекционный процесс, как определять его основополагающие цели и задачи.

Неравномерность развития при аутизме отчетливо проявляется и в *моторике*. Движения детей с аутизмом в большинстве случаев угловатые, вычурные, нечетко скоординированные по силе и амплитуде. Отдельные сложные движения ребенок может выполнять успешнее, чем более легкие; иногда тонкая моторика в некоторых своих формах развивается раньше, чем общая, а движение, свободно, точно и легко совершаемое в спонтанной ситуации, оказывается трудновыполнимым в произвольной деятельности.

Относительно мало исследованы *память и внимание* при РДА. В большинстве случаев дети и подростки с РДА обладают способностью к запоминанию и большим объемом памяти, что, возможно, является следствием ее постоянного непроизвольного упражнения: не обладая умением выделять объект из фона, ребенок с РДА вынужден один и тот же объект запоминать многократно в связи с деталями фона и различными особенностями самого объекта как понятия. Например, имея достаточно четко сформированное понятие «стакан», человек с РДА не может активно отторгнуть второстепенные на данный момент характеристики, в результате чего понятие мультиплицируется и появляется множество стаканов: гладкий круглый, четырехгранный, шестигранный, многогранный и т.д. (а также стаканы дома, на даче, у бабушки, в школе и т.д.). Это невольно тренирует память, но ограничивает ее операционные возможности: вербальное опосредование недоразвивается и искажается, что затрудняет хранение информации в абстрактной форме, осложняет переход от первичной к вторичной памяти (особенно при сниженных возможностях интеллекта). Избирательность запоминаемого нарушается и отличается нечеткостью (или отсутствием) критериев его социальной значимости. С одной стороны, высказываются жалобы, что ничто невозможно забыть, с другой – удерживая в памяти все даты, события, имена и т.п., старшеклассник с РДА весьма далек от глубокого осмысления исторических событий: все воспринимается и воспроизводится формально.

Внимание при РДА развивается по-разному. В одних случаях в полном соответствии с симультанностью восприятия дети не могут ни на чем сконцентрироваться, скользят от объекта к объекту; в других – жестко фиксируются на чем-либо, и переключить их внимание бывает очень трудно. Иногда обе эти особенности сочетаются у одного и того же ребенка.

Приводимые разными авторами характеристики своеобразия *речевого развития* аутичных детей многочисленны, но в основном сходны. Среди этих особенностей наиболее распространены следующие: 1) мутизм (отсутствие речи) значительной части детей; 2)

эхолалии (повторение слов, фраз, сказанных другим лицом), часто отставленные (т.е. воспроизводимые не тотчас, а спустя некоторое время) и смягченные (сказанное другим человеком несколько видоизменяется: добавляются или переставляются отдельные слова, меняются некоторые флексии и т.п.); 3) обилие слов – и фраз – штампов, фонографичность речи («попугайность»), что при нередко хорошей памяти создает иллюзию развитой речи; 4) отсутствие в речи обращений, несостоятельность в диалоге (хотя монологическая речь иногда развита хорошо); 5) автономность речи: позднее появление личных местоимений (особенно «я») и их неправильное употребление (о себе – «он» или «ты», о других – иногда «я»); нарушения семантики различного вида – метафорическое замещение, расширение или чрезмерное (до буквальности) сужение толкований значений слов, неологизмы; 6) искажения грамматического строя речи; 7) дефекты звукопроизношения; 8) расстройства просодических компонентов речи. Все эти отклонения в речевом развитии могут встречаться и при других вариантах патологии, однако при РДА большинство из них имеют свои особенности. Кроме того, они, как правило, обусловлены недоразвитием коммуникативной функции речи, что накладывает весьма характерный отпечаток. В любом случае речевые нарушения при РДА требуют специальной коррекции или хотя бы учета своеобразия психического развития этих детей.

Представляет интерес *интеллектуальное развитие* детей с РДА, главные особенности которого – своеобразная неравномерность, парциальность развития. Например, справляясь с заданиями абстрактного характера, ребенок затрудняется в выполнении такого же по сложности задания, но имеющего минимальное конкретное насыщение социального характера: так, решить пример $2+3=?$ ему легче, чем в варианте описательном: «У тебя было два яблока, мама (сестра, тетя, учительница) дала еще три; сколько стало?». По данным зарубежных и отечественных авторов, большинство детей с аутизмом (от 2/3 до 3/4) страдают той или иной степенью интеллектуальной недостаточности. И во многих концепциях аутизма именно нарушения когнитивного развития считаются центральными в патогенезе; нередко высказывается мнение, что РАС следует рассматривать как своеобразный вариант интеллектуальных расстройств. Даже те авторы, которые, не отрицая тотального, «всепроницающего» характера аутистического дизонтогенеза, считают РАС преимущественно аффективным нарушением (L.Kanner, В.В.Лебединский, К.С.Лебединская, Р. Hobson, О.С.Никольская и др.), признают исключительно большую роль особенностей интеллектуального развития в их клинической картине, в разработке стратегии и тактики коррекционных воздействий, направленных на возможно более полную интеграцию детей и подростков с аутизмом в общество.

С отождествлением РАС и интеллектуального недоразвития согласиться нельзя хотя бы потому, что немало людей с верифицированным в раннем детстве диагнозом аутизма успешно заканчивают массовые школы, поступают в вузы и достаточно высоко поднимаются в жизни по ступеням социальной иерархии, в то время как в детстве их интеллектуальная несостоятельность считалась очевидной и доказанной. Можно привести ряд примеров: Темпл Грандин (США) – профессор ветеринарии в университете Северного Колорадо, Донна Уильямс (Австралия) – писатель, Ирис Юханссон (Швеция) – общественный деятель и многие другие.

Однако такие случаи нечасты, и интеллектуальная недостаточность является следствием аутистической отгороженности ребенка от окружающего, когда аутистический барьер лишает развивающуюся психику необходимого притока сенсорной, аффективной, когнитивной информации. Правильная и своевременная коррекция аутизма становится в этом случае условием интеллектуального прогресса.

В ряде случаев наблюдаются аутистические черты поведения у детей с тяжелыми интеллектуальными нарушениями (глубокая и тяжелая степени умственной отсталости). Аутизация возникает из-за невозможности интеллектуальной переработки по-

ступающей эмоциональной информации, что нередко приводит к стереотипиям, сложностям в контактах, характерным сенсорным проявлениям и т.д. Однако при всей внешней схожести с аутизмом может быть тотальность в нарушениях коммуникации, и не обнаруживается те отрешенности от окружающего и игнорирования витальных моментов, которые столь свойственны детям с аутизмом. Если создать вокруг такого ребенка теплую, аффективно комфортную атмосферу, если занятия проводить активно и в достаточном объеме, то они оказываются вполне результативными – в меру глубины интеллектуального дефекта и других особенностей ребенка. В значительной мере благодаря именно подобному варианту возникли представления о близости аутизма и некоторых классических форм интеллектуальной недостаточности (например, синдрома Дауна, туберозного склероза или фенилкетонурии).

Более типична другая картина: помимо аутистических нарушений у ребенка имеется органическое поражение головного мозга и обусловленная им интеллектуальная недостаточность, чаще всего умеренная или тяжелая. Работа с таким ребенком исключительно сложна, поскольку эти две составляющие сложного нарушения (аутизм и интеллектуальное недоразвитие) усугубляют тяжесть проявлений друг друга, существенно затрудняя коррекционное вмешательство. Применение классических методик олигофренопедагогики оказывается неуспешным из-за выраженных аутистических особенностей личности, а основанные на тонизировании эмоциональной сферы способы помощи аутичным детям не встречают достаточного уровня осмысления получаемой информации, в первую очередь эмоциональной.

Следует относиться к оценке интеллектуальных возможностей аутичного ребенка очень осторожно, что связано с еще одной особенностью его состояния – неравномерностью развития отдельных интеллектуальных функций. Так, например, отличные вычислительные способности (складывать, вычитать, умножать, делить) могут у него сочетаться с непониманием смысла простой задачи, или, обладая хорошей ориентировкой в пространстве, ребенок при письме не в состоянии правильно распределить текст на листе бумаги.

Большинство современных диагностических систем важнейшей чертой РДА признают *качественное нарушение социального взаимодействия*: дети не могут поставить себя на место другого человека, им трудно понять причины, мотивы (особенно скрытые) поступков других людей, их чувства. Как правило, у них не развиваются спонтанно символическая и ролевая игры; им недоступно или искажено восприятие шуток, юмора.

Для поведения аутичного ребенка характерен *феномен тождества*, проявляющийся в стремлении к сохранению привычного постоянства, в противодействии любым изменениям в окружающем. В некоторых случаях это противодействие обнаруживает себя активно, т.е. ребенок пытается непосредственно устранить элемент новизны, но иногда в силу характера самих этих изменений, глубины расстройств или возрастных особенностей реакция оказывается пассивной и внешне может проявиться в беспокойстве, страхах, агрессии и самоагрессии.

Феномен тождества обнаруживает себя также в разнообразных, отличающихся большой стойкостью *стереотипиях*: многократном возобновлении одних и тех же движений и действий, от самых простых (раскачивание, потряхивание руками) до сложных ритуалов; стремлении к жесткому постоянству в бытовых привычках (пища, посуда, одежда, прогулки, книги, музыкальные произведения и т.д.); повторении тех же звуков, слов; обнюхивании и облизывании иногда совершенно неподходящих для этого предметов и т.п.

Стереотипность проявляется и в игре: для таких детей очень типично однообразное, бессмысленное повторение одних и тех же действий (ребенок вертит бутылку из-под минеральной воды, перебирает между пальцами веревочку и т.п.), выкладывание горизонтальных рядов из чего угодно – кубиков, пуговиц, монет, вплоть до использования неигровых предметов. Игрушки если и употребляются, то чаще не по назначе-

нию (ребенок крутит колесико у перевернутой машины и не бессмысленно двигает ее туда-сюда, а не катает кукол и не возит кубики). Дети с аутизмом любят переливать воду, играть с сыпучими материалами, но, играя в песочнице, аутичный ребенок не станет строить песочный город или лепить из песка куличики, а будет просто пересыпать его.

Неоднородность происхождения аутизма отражается на оценке роли **страхов**. Многие авторы считают страхи неотъемлемой частью клинической картины и патогенеза аутизма. Согласно этой позиции, страхи появляются очень рано и могут быть как диффузными, неконкретными, на уровне общей тревоги и беспокойства, так и дифференцированными, когда ребенок боится определенных предметов и явлений. Перечень объектов страха поистине бесконечен – зонты, шум электроприборов, мягкие игрушки, собаки, все белое, машины, подземные переходы и т.п.

Причины возникновения страхов весьма различны. В одних случаях они происходят из-за повышенной чувствительности к звуковым, световым и другим сенсорным воздействиям: например, звук, не вызывающий у большинства людей неприятных ощущений, для ребенка с аутизмом может оказаться чрезмерно сильным, стать причиной дискомфорта. В других – объекты страха действительно могут являться источником определенной опасности, но при этом они занимают слишком большое место в переживаниях ребенка, т.е. опасность как бы переоценивается. Такие страхи называют сверхценными, и вообще они свойственны всем детям, но если при нормальном развитии страх постепенно изживается, занимает соответствующее реальности место, то при аутизме повторные взаимодействия с пугающим объектом не только не смягчают, но, наоборот, усиливают страх, фиксируют его, делают более стойким. И наконец, страх может быть связан с реальным пугающим событием (например, в поликлинике сделали болезненный укол), но внимание ребенка фиксируется только на какой-то его составляющей (белом халате «обидчицы» – медсестры), которая и становится предметом страха (пугает все белое). Общими особенностями страхов при РАС вне зависимости от содержания и происхождения являются их стойкость, труднопреодолимость, повышенная сила негативных переживаний.

Большинство зарубежных исследователей не считают страхи обязательным компонентом клинической картины и тем более патогенеза аутизма (это отражено, например, в МКБ-10, F 84.0, пункт E), но не отрицают того, что при аутизме они встречаются довольно часто.

Наиболее развернутая картина **особенностей аффективной сферы** при РАС. В исследованиях В.В.Лебединского и М. К. Бардышевской в организации базальной системы эмоциональной регуляции поведения выделены пять уровней: 1) оценки интенсивности средовых воздействий; 2) аффективных стереотипов; 3) аффективной экспансии; 4) аффективной коммуникации, 5) символических регуляций. В случае типичного развития уровни развиваются гетерохронно, каждый характеризуется актуальным периодом развития и по завершении периода созревания сформированностью и достаточной гармонизацией всех механизмов. При РАС аффективное развитие нарушается, и на первый план может выступить механизм одного из уровней при недоразвитии и/или искажении развития других.

Еще одной особенностью внутреннего мира детей с аутизмом (чаще при относительно негрубых нарушениях) являются **аутистические фантазии**. Их основные качества – оторванность от реальности, слабая и неполная связь с окружающим. Эти фантазии, отличающиеся стойкостью, как бы замещают для ребенка реальные переживания и впечатления, нередко отражают его страхи, сверхпристрастия и сверхценные интересы, осознаваемые им в меру своей несостоятельности, иногда – нарушения сферы влечений и инстинктов.

Социализационные возможности людей с аутизмом определяются многими факторами, среди которых основными являются: 1) тяжесть и глубина аутистических расстройств; 2) ранняя диагностика; 3) возможно более раннее начало специализированной коррекции; 4) комплексный медико-психолого-педагогический характер коррекционного воздействия; 5) адекватный и гибкий подход к выбору методов работы, ее последовательность, продолженность, достаточный объем; 6) единство усилий специалистов и семьи.

4.5 Психопатия как форма дисгармонии личности

Психопатия – это аномалии развития эмоционально-волевой и мотивационной сферы личности, характеризующихся по трем критериям: тотальность патологических черт характера; относительная стабильность их проявлений в течение жизни; социальная дезадаптация. Этиология: генетические (наследственные факторы); воздействие внешних повреждающих факторов в раннем детстве (родовые травмы, тяжелые инфекционные заболевания); как реакция на длительные неблагоприятные воздействия со стороны родителей, создающих неадекватные стереотипы эмоционального реагирования.

В целом, психопатию можно охарактеризовать следующим образом. Познавательная деятельность может быть без особенностей, в пределах возрастной нормы, иногда чуть выше или чуть ниже.

Ряд психопатических свойств имеет тенденцию закрепляться по механизму «порочного круга». Так, аутизм шизоидного ребенка нередко вызывает настороженное отношение к нему со стороны сверстников, что вторично еще более углубляет его аутизм. Аффективная возбудимость эпилептоидного ребенка, способствуя конфликтам, создает для него сложное положение в среде сверстников, ситуацию враждебности, подозрительности. Таким образом, сама психопатическая личность как бы утяжеляет окружающую среду, внося в нее дисгармонию и конфликт и тем создавая новый порочный круг, фиксирующий и усиливающий патологические черты характера. Ряд симптомов (страхи, робость, нерешительность, паранойяльность), наблюдаемые у детей с различными видами психопатий, рассматривается авторами как вторичные реактивные образования.

В патогенезе патологических формирований личности основная роль принадлежит двум факторам: 1) закреплению патологических реакций (имитация, протест, пассивный и активный отказ и др.), представляющих собой форму ответа на психотравмирующую ситуацию; фиксируясь, они становятся устойчивыми свойствами личности особенно в детском возрасте;

2) непосредственному «воспитанию» таких патологических черт характера, как возбудимость, неустойчивость, истеричность в результате прямой стимуляции отрицательным примером.

3. *Межличностные отношения* неадекватны. От нарушений контактов со сверстниками, восприятие их как потенциальной опасности (при шизоидной психопатии), поддержания контактов только с теми, кто одобряет, не трепят критики (при эпилептоидной психопатии), трудностей вступления в контакт, осторожностью и постепенностью (при психастенической психопатии) до охотного вступления в контакт, восприятия общения как способа проявления своего «Я» (при истерической психопатии), коллекции новых контактов (при неустойчивой психопатии), срывов и вспышек гнева (при возбудимой психопатии).

3. *Особенности социализации.* Общей закономерностью развития психики при психопатии и раннем детском аутизме является явление асинхронии, когда при нор-

мальном становлении познавательной предметной деятельности нарушается общение, социальное поведение человека.

4.6 Этиология дисгармонического развития

Этиология: генетические (наследственные факторы); воздействие внешних повреждающих факторов в раннем детстве (родовые травмы, тяжелые инфекционные заболевания); как реакция на длительные неблагоприятные воздействия со стороны родителей, создающих неадекватные стереотипы эмоционального реагирования.

4.7 Виды психопатий

Психопатии подразделяют на конституциональные (ядерные), органические, краевые.

Конституционные психопатии зависят в большей степени от наследственной предрасположенности, чем от особенностей воспитания детей.

К ним относят шизоидную, эпилептоидную, циклоидную, психастеническую, неустойчивую и истероидную психопатии. Эту группу называют также ядерной группой психопатий. – Органические психопатии связаны с ранним органическим поражением центральной нервной системы, и среди них чаще встречается возбудимый (эксплозивный) тип. – Краевая, или нажитая (приобретенная) психопатия является результатом патологического формирования личности.

Группы психопатий по ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы (О.В. Кербиков).

Возбудимые – характерна высокая возбудимость, сочетающаяся с подозрительностью, гневом, упрямством и педантичностью. В поведении склонны к жестокости, мстительности, крайне требовательны к окружающим. Поведенческий ролевой репертуар скуден. Неустойчивые – свойственна повышенная эмоциональная неустойчивость, нестойкие интересы и привязанности. Чувства, достигая большой интенсивности, быстро угасают. Повышенная внушаемость, склонны к фантазированию.

Тормозимые - характеризуются повышенной утомляемостью, истощаемостью, общей вялостью. Впечатлительны, ранимы, нерешительны, мнительны, обидчивы. Особенно большой дискомфорт испытывают при общении с малознакомыми людьми, плохо привыкают к коллективу.

Психастенические - характерно сочетание черт астенической личности со повышенной склонностью к самоанализу и самобичеванию. Постоянно испытывают разнообразные страхи, сомнения относительно принятия решения. Склонны к ритуалам в поведении, боятся любых изменений.

Шизоидные – свойственна патологическая замкнутость, слабость эмоциональных привязанностей вплоть до черствости, выраженные трудности в налаживании неформального общения. Мозаичные – представляют собой сочетание нескольких.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время произошли значительные изменения в концептуальных подходах к изучению, обучению и воспитанию детей с особенностями психофизического развития. В рамках новой образовательной парадигмы в Республике Беларусь получило развитие интегрированное обучение и воспитание детей, начал реализовываться принцип инклюзии. Современные условия обучения и воспитания детей с ОПФР предполагают, что успешность социальной адаптации, интеграции ребенка зависит от правильной оценки его особенностей, потенциальных возможностей развития.

Специальная психология на современном этапе представляет собой динамично развивающуюся отрасль психологической науки. Во многом это обусловлено увеличением разнообразных отклонений в психофизическом развитии, что существенно меняет характер отношения со стороны к ним общества и становится дополнительным стимулом в развитии специальной психологии, повысив ее социальную значимость.

Курс лекций по «Основы специальной психологии» представляет собой систематизированное изложение актуальных проблем специальной психологии, основных тенденций ее развития на современном этапе и позволяет обеспечить учебный процесс по специальностям переподготовки «Логопедия», развить профессиональные знания и умения в области специальной психологии.

В работе содержатся интернет-адреса информационных ресурсов, где может быть найдена информация по достаточно широкому спектру вопросов специальной психологии, глоссарий (тезаурус) основных категорий и понятий, кодификация нарушений психофизического развития в МКБ-10.

В заключение можно пожелать всем студентам и практическим специалистам в сфере специальной психологии дальнейших творческих достижений в решении сложных комплексных задач современности, которые стоят перед психологической наукой XXI века. Профессиональных успехов, большого терпения, настойчивости в реализации коррекционной помощи детям с особенностями психофизического развития!

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья / Л.И. Акатов. – М.: Академия, 2004. – 354 с.
2. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / под ред. К.С. Лебединской. – М.: Педагогика, 1982. – 128 с.
3. Ануфриев, А.Ф. Как преодолеть трудности в обучении детей / А.Ф. Ануфриев, С.Н. Костромина. – М.: «Ось-89», 1999. – 224 с.
4. Баль Н. Н. Психолого-педагогическая диагностика лиц с нарушениями речи: дифференциальная диагностика: учеб.-метод. пособие / Н. Н. Баль, Н. В. Чемоданова. - Минск: Зорны Верасок, 2013. - 55 с.
5. Блинова, Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития. – М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2006. – 136 с.
6. Богданова, Т.Г. Сурдопсихология / Т.Г. Богданова. – М.: Академия, 2002.
7. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике.- СПб.: Питер, 2001.- 528 с.
8. Варенова, Т.В. Теория и практика коррекционной педагогики / Т.В. Варенова. – Мн.: ООО «Асар», 2003. –288 с.
9. Винникова Е.А. Дошкольная олигофренопсихология: пособие / Е.А. Винникова, С.А. Глуховская. – Минск: БГПУ, 2012. – 216 с.
10. Власенко, И.Т. Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи / И.Т. Власенко. – М.: Педагогика, 1990. –184 с.
11. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития; под ред. И.М. Бгажноковой. – М. : ВЛАДОС, 2007. – 239 с.
12. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – М.: Лабиринт, 1996. – 416 с.
13. Выготский, Л.С. Основы дефектологии. Собрание сочинений / Л.С. Выготский. – М.: Просвещение, 1983. – Т.5.
14. Глухов, В.П. Основы коррекционной педагогики и специальной психологии : уч.-метод. пос. для пед. и гуманитарных вузов / В. П. Глухов. – М.: МГГУ им. М. А. Шолохова, 2007. – 311 с.
15. Государев, Н.А. Специальная психология / Н.А. Государев. – М.: Ось-89, 2008. – 288 с.
16. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология»; сост. Н.Д. Соколова, Л.В. Калинникова. – М.: ООО «Аспект», 2005. – 448 с.
17. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития: под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Полиграф сервис, 1998. – 336 с.
18. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития; под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Полиграф сервис, 1998. – 336 с.
19. Детская логопсихология; под ред. В.И. Селиверстова. – М.: ВЛАДОС, 2008. – 175 с.
20. Детская психология / Под ред. Я.Л. Коломенского, Е.А. Панько. – Мн.: Университетское, 1988. – 399 с.
21. Диагностическое обследование детей раннего и младшего дошкольного возраста /Под ред. Н.В. Серебряковой. – СПб.: КАРО, 2005. – 64 с. – (серия «Коррекционная педагогика»).
22. Егорова, Т.В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии / Т.В. Егорова. – М.: Педагогика, 1973. – 149 с.

23. Ермаков, В.П. Основы тифлопедагогики: Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 240 с.
24. Жигорева, М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь / М.В. Жигорева. – М.: Академия, 2006. – 240 с.
25. Забрамная С.Д. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей: пособие для психол-мед-пед. Комис. – М.: ВЛАДОС, 2005. – 32 с.
26. Забрамная, С.Д. Отбор умственно отсталых детей в специальные учреждения / С.Д. Забрамная. – М.: Просвещение, 1988. – 96 с.
27. Калягин В.А. Психолого-педагогическая диагностика детей и подростков с речевыми нарушениями: учеб. пособие / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО. – 2005. – 288 с.
28. Калягин В.А. Энциклопедия методов психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО. – 2004. – 432 с.
29. Калягин, В.А. Логопсихология / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – М.: Академия, 2006. – 320 с.
30. Калягин, В.А. Психолого-педагогическая диагностика детей и подростков с речевыми нарушениями с нарушениями речи / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО. – 2005. – 288 с.
31. Калягин, В.А. Энциклопедия методов психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО. – 2004. – 432 с.
32. Кисова В.В. Практикум по специальной психологии / В.В. Кисова, И.А. Конева. – СПб.: Речь, 2006. – 352 с.
33. Корнев, А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А.Н. Корнев. – СПб.: Речь, 2006. – 380 с.
34. Коррекционная педагогика и специальная психология: Словарь / Сост. Н.В. Новоторцева. – Яр., 1999. – 144 с.
35. Коррекционно-педагогическая работа в домах-интернатах для детей с умственным и физическим недоразвитием : учеб.-метод. пособие для педагогов / И.К. Боровская и [и др.]; под ред. Т.В. Лисовской. – Минск: Четыре четверти, 2010. – 392 с.
36. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие - М.: Издательский центр «Академия», 2003.- 114 с.
37. Левченко И.Ю. Психолого-педагогическая диагностика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений/ под ред. И.Ю.Левченко, С.Д. Забрамной. – М.: Академия, 2003. – 320 с.
38. Левченко, И.Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И.Ю. Левченко, Н.А. Киселева. – М.: Изд-во «Книголюб», 2008. – 160 с.
39. Литвак, А.Г. Психология слепых и слабовидящих / А.Г. Литвак. – СПб.: Каро, 2006. – 336 с.
40. Логинова И.Н. Диагностическая деятельность центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: состояние и перспективы / И.Н. Логинова // Специальное образование: традиции и инновации: материалы V Междунар. науч.-практ. конф.; г. Минск, 14–15 апр. 2016 г. / Белорус. гос. пед. ун-т им. М. Танка; редкол.: С.Е. Гайдукевич [и др.] [Электронный ресурс]. – Минск: БГПУ, 2016. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
41. Логопсихология: уч.-мет. пособие / авт.-сост. С.В. Лауткина. – Витебск: УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2007. – 173 с.

42. Локалова, Н.П. Как помочь слабоуспевающему школьнику. Психодиагностические таблицы: причины и коррекция трудностей при обучении младших школьников русскому языку, чтению и математике / Н.П. Локалова. – 3-е изд. – М.: «Ось-89», 2003. – 96 с.
43. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
44. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь. – 2001. – 219 с.
45. Мастюкова, Е.М. Исследование структуры интеллектуальных нарушений у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова, Л.И. Переслени, М.С. Певзнер // Дефектология. – 1988. – № 4. – С. 12 – 17.
46. Основы специальной педагогики и психологии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н. М. Трофимова [и др.]. – СПб: Питер, 2005; 2006. – 304 с. : ил.
47. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. Л. В. Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 480 с.
48. Основы специальной психологии; под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Академия, 2002. – 480 с.
49. Пожар, Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология / Л. Пожар. – М.: Воронеж, 1996. – 128 с.
50. Психологические особенности детей и подростков с проблемами в развитии. Изучение и психокоррекция; под ред. проф. У.В. Ульенковой. – СПб.: Питер, 2007. – 304 с.
51. Психологическое изучение детей с особенностями психофизического развития: интеллектуальные нарушения : методические рекомендации / сост.: Н.В. Кухтова, Е.В. Новосельцева. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2019. – 40 с.
52. Психологическое изучение детей с особенностями психофизического развития: методические рекомендации / Н.В. Кухтова, Е.В. Новосельцева. – Витебск : ВГУ им П.М. Машерова, 2018. – 68 с.
53. Психолого-медико-педагогическое обследование: комплект рабочих материалов / под. ред. М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 1999. – 136 с.
54. Психолого-педагогическая диагностика / И.Ю. Левченко и др.; под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М.: Академия, 2003. – 320 с.
55. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста / под. ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Просвещение, 2005. – 164 с.
56. Ранняя комплексная помощь детям с особенностями психофизического развития / авт.-сост. С.В. Лауткина. – Витебск: УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2011. – 47 с.
57. Саенко, Ю.В. Специальная психология / Ю.В. Саенко. – М.: Академический Проект, 2006. – 182 с.
58. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Организация и содержание деятельности психолога специального образования: методическое пособие. – М.: АРКТИ, 2005. – 336с.
59. Семаго, Н.Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 2003. – 208 с.
60. Семейное воспитание детей с нарушениями речи / авт.-сост. Н.В. Дроздова. – Минск: БГПУ, 2006. – 40 с.
61. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / А.В. Семенович. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 232с.
62. Слепович, Е.С. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии / Е.С. Слепович, А.М. Поляков. – СПб.: Речь, 2008. – 247 с.

63. Солнцева, Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста / Л.И. Солнцева. – М., 1998.
64. Сорокин, В.М. Практикум по специальной психологии / В.М. Сорокин, В.Л. Кокоренко; под ред. Л.М. Шипицыной – СПб.: Речь, 2003. – 122 с.
65. Сорокин, В.М. Специальная психология / В.М. Сорокин; под ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: Речь, 2003. – 216 с.
66. Специальная психология / сост. Е.С. Слепович [и др.]. – Мн.: БГПУ, 2005. – 95 с.
67. Специальная психология; под ред. В.И. Лубовского. – М.: Академия, 2003. – 464 с.
68. Стребелева Е.А. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития детей раннего и дошкольного возраста: пособие для учителя-дефектолога / Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина. – М.: ВЛАДОС, 2008. – 143 с.
69. Тригер, Р.Д. Психологические особенности социализации детей с задержкой психического развития. – СПб.: Питер, 2008. – 192 с.
70. Трофимова Н.М., Дуванова С.П., Трофимова Н.Б., Пушкина Т.Ф. Основы специальной психологии и педагогики. – СПб.; Питер, 2005. – 304 с.
71. Трошин, О.В. Логопсихология / О.В. Трошин, Е.В. Жулина. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 256 с.
72. Усанова О.Н. Специальная психология / О.Н. Усанова. – СПб: Питер, 2008. – 400 с.
73. Шаповал, И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития: учеб. пособие / И.А. Шаповал. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 320 с.
74. Шаповал, И.А. Специальная психология / И.А. Шаповал. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 224 с.
75. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – М.: Академия, 2004.
76. Ясюкова, Л.А. Психологическая профилактика проблем в обучении и развитии школьников / Л.А. Ясюкова. – СПб.: Речь, 2003. – 384 с.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ ИНТЕРНЕТА

<http://www.ise.edu.mhost.ru/> Официальный сайт Института коррекционной педагогики РАО. Содержит информацию об истории института, его лабораториях и центрах, о приоритетных направлениях исследований.

<http://www.logoped.ru/> Логопед. Советы профессионального логопеда. Программы и ТСО для коррекционной педагогики, новости логопедии и др.

<http://www.logos.pp.ru/> Logos. Логопедический сайт для взрослых и детей. Имеется возможность проверить свою речь on-line, получить консультацию логопеда. В разделе «Энциклопедия» можно найти информацию об истории логопедии и ее основателях, словарь специальных терминов и понятий, а также библиографию изданий по логопедии.

<http://www.autism.ru/> Аутизм. На сайте представлены материалы о диагностике и лечении аутизма, советы психолога. В разделе «Библиотека» – полнотекстовые материалы по проблемам раннего детского аутизма.

<http://autist.narod.ru/> Аутизм. На сайте собрана различная информация для родителей детей, страдающих аутизмом: тексты законодательных актов: статьи по проблемам аутизма по материалам российской и зарубежной прессы: библиотека аутизма: сведения о лекарственных препаратах, применяемых при лечении аутизма: а также полезные адреса, где могут оказать реальную помощь аутичным детям.

<http://www.downsideup.org/mdex.htm/> Сервер Центра для детей с синдромом Дауна «Даунеайд Ап». Информация об истории и целях создания Ассоциации, проводимых под ее эгидой программах.

<http://curative.chat.ru/> Центр Лечебной Педагогики. Сайт негосударственной благотворительной общественной организации, созданной в сентябре 1989 года для оказания помощи детям с нарушениями психического и речевого развития. Представлена информация о лечебно-педагогической помощи детям, о научной и исследовательской работе центра, а также о его издательской деятельности.

<http://webcenter.ru/-scdl/> Информационная система «Особый ребенок». Включает телеконференцию, электронную библиотеку и сериальное издание.

<http://miloserdie.tellur.ru/> Спешите делать добро! Сайт о людях с ДЦП. Цель сайта – показать, на что способны инвалиды, что они умеют делать, какими специальными владениями владеют, как реализовывают себя в жизни. На сайте можно найти статьи и публикации по проблемам ДЦП, информацию о конкурсах и проектах, форум для обсуждения проблем инвалидов.

<http://www.cerebralpalsy.m/cpalsy.html/> Детский церебральный паралич. Подробная информация о том, что такое ДЦП, о мерах предупреждения и диагностики, о его лечении. Проблемы социализации больных ДЦП. В частности проект по обучению больных ДЦП работе на компьютере и в сети интернет.

<http://www.cpalsy.baikal.ru/cpalsy.html/> Детский церебральный паралич. На сервере можно найти все, что касается этого заболевания: предупреждение и диагностика, методы лечения, обучение и занятия спортом, социальная реабилитация инвалидов.

<http://www.lekотека.nv'iindex.html> Лекотека. Российская Лекотека – это система психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с проблемами развития.

<http://www.specialneeds.ru/> Дети с особенностями развития. В основе интернет-проекта – база данных образовательных и развивающих учреждений Москвы, работающих в области специальной педагогики и психологии. Для родителей предоставляется возможность обмениваться информацией и пообщаться с теми, кто уже сталкивался с похожими проблемами, а также обратиться за помощью к специалистам. Специалисты (педагоги, психологи, логопеды и дефектологи) найдут на сайте материалы и статьи.

<http://www.dyslexia.ru/> Дислексия. Сайт посвящен проблемам диагностики и коррекции нарушений письма. Здесь можно узнать подробнее о дислексии и дисграфии, пройти тест, почитать публикации прессы по этому вопросу, познакомиться в словаре с основными понятиями и терминами, получить информацию о новых книгах и пособиях. На сайте опубликована также Конвенция о правах ребенка, а на детской страничке – задания для выполнения и рассказы об известных людях, страдавших дисграфией.

<http://www.defectolog.ru/> Дефектолог.ру. Сайт для родителей, желающих узнать больше о своем ребенке. Возрастные нормы развития ребенка: рекомендации дефектолога, логопеда, психолога: описание игр, рекомендованных для детей с различными заболеваниями.

<http://www.eii.ru/> Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства. Раннее вмешательство – система помощи семьям с детьми с функциональными нарушениями в развитии, а также детям группы социального и биологического риска. На сайте описаны программы помощи семье, образовательные программы и проекты, материалы по правам ребенка, глоссарий по теме сайта, материалы конгрессов и конференций.

<http://suvorov.reability.ru/> Сайт Суворова Александра Васильевича, доктора психологических наук, профессора кафедры педагогической антропологии Университета РАО, действительного члена Международной академии информатизации при ООН. Сам слепоглухой с 9-летнего возраста, он занимается проблемами слепоглухоты у детей и проблемами детей-инвалидов в целом. На сайте представлены электронные публикации и диссертация автора.

<http://www.rgbs.ru/> Российская государственная библиотека для слепых. На сайте представлена информация об электронных каталогах и информационных ресурсах: об издательской и научно-методической деятельности библиотеки: о деятельности детского и молодежного центров.

<http://www.otoskop.ru/> Отоскоп. Электронный журнал посвящен вопросам, связанным со слухом, и адресован людям, которые волею судьбы столкнулись с острой и социально значимой проблемой - потерей слуха. На страницах журнала поднимаются вопросы, связанные с проблемами слуха у взрослых и детей, особенностями, возникающими в процессе обучения детей, пользующихся слуховыми аппаратами. На сайте можно найти информацию о системах обучения и методах обследования, описание и характеристику слуховых аппаратов и других приспособлениях для слабослышащих, материалы по сурдопедагогике и логопедии, исторический материал, юридическую консультацию.

<http://www.danyloff.narod.ru/> Родителям глухого ребенка. На сайте размещена Программа воспитания и обучения глухих детей дошкольного возраста, разработанная в 1991 году Государственным комитетом СССР по народному образованию.

<http://www.logosvos.ru/> Логос ВОО Издательско-полиграфический тифлоинформационный комплекс Всероссийского общества слепых. Информация о продукции издательства, новости тифлоинформатики. коллекция полезных ссылок российского и зарубежного интернета.

<http://pedlib.ru/> Педагогическая библиотека. Собрание книг и статей по специальной психологии и коррекционной педагогике.

<http://www.fpgr.ru/> Благотворительный фонд «Поддержка гуманитарных программ». Сайт некоммерческой организации, миссия которой осуществлять программы в России, улучшающие качество жизни детей с нарушениями в развитии. На сайте можно познакомиться с деятельностью служб Фонда, календарем мероприятий, а также с различными информационными ресурсами – бюллетенями, справочниками и др.

<http://www.hippotherapy.ru/> Русское иппотерапевтическое общество. Сайт посвящен занятиям лечебной верховой ездой и конным спортом с инвалидами. На сайте можно найти информацию о программах, методические материалы, а также публикации журнала Русского иппотерапевтического сообщества «Левада».

ГЛОССАРИЙ

Абилитация – комплекс мер, направленных на развитие (становление) у ребенка (преимущественно от 0 до 3-х лет) психофизических функций, изначально у него отсутствующих или нарушенных, предотвращение появлений у ребенка ограничений жизнедеятельности.

Агнозия – нарушение различных видов восприятия, возникающие при поражении коры головного мозга, человек утрачивает способность к анализу и синтезу поступающей информации.

Адаптация социально-психологическая – процесс приобретения человеком определенного социально-психологического статуса, овладение теми или иными социально-психологическими ролевыми функциями.

Адекватность – тождественность, соответствие.

Акцентуация характера – чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избранной уязвимости личности по отношению к определенному рода психотравмирующим воздействиям и устойчивости к другим.

Амнезия – расстройство памяти, неспособность к воспоминанию.

Анализатор – нервный аппарат, выполняющий функцию приема, анализа и синтеза раздражителей, исходящих из внешней среды и самого организма.

Анамнез – подробные сведения об условиях возникновения и протекания болезни, об истории развития ребенка на всех этапах его жизни.

Анозогнозия – невозможность осознания, отрицание болезни (недостатка) или ее тяжести.

Аномальное развитие – значительное отклонение от условно-возрастных норм физического и психического развития, вызванное серьезными врожденными или приобретенными дефектами и обуславливающее необходимость специальных условий воспитания, обучения, жизнедеятельности.

Апперцепция – свойство восприятия, существующее на уровне сознания и характеризующее личностный уровень восприятия; отражает зависимость восприятия от прошлого опыта и установок индивида, от общего содержания психической деятельности человека и его индивидуальных особенностей.

Асинхрония – неравномерное, диспропорциональное психическое развитие, нарушающее закон гетерохронии.

Астения – нервно-психическая слабость, проявляющаяся в повышенных утомляемости и истощаемости, сниженном пороге восприятия, неустойчивости настроения, нарушениях сна, аппетита и др.

Аутизм – состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам с окружающими (термин введен врачом-психиатром Е. Блейлером).

Аффект – нервно-психическое возбуждение, возникающее при травмирующих обстоятельствах.

Барьер психологический – внутреннее препятствие психологической природы (нежелание, боязнь, неуверенность и т.п.), мешающие человеку успешно выполнить некоторое действия. Часто возникает в деловых и личных взаимоотношениях людей и препятствует установлению между ними открытых и доверительных отношений.

Безбарьерная среда – комплекс условий, направленных на обеспечение доступности и создания равных возможностей для лиц с особенностями психофизического развития во всех сферах жизни общества.

Брайля шрифт – рельефно-точечный шрифт для письма и чтения слепых, разработанный в 1829 г. французским слепым тифлопедагогом Л. Брайлем, адаптирован к различным языкам и получил всемирное распространение.

Валидность – качество метода психологического исследования, выражающееся в его соответствии тому, для изучения и оценки чего он изначально был предназначен.

Ведущая деятельность возраста – деятельность: а) в которой возникают и дифференцируются новые виды деятельности; б) в которой формируются или перестраиваются отдельные психические процессы; в) от которой более всего зависят наблюдаемые в конкретном возрасте основные изменения личности ребенка.

Векслера текст – набор заданий для оценки умственных способностей, один из наиболее распространенных методов диагностики интеллекта. Разработан Д. Векслером в 1937 г. В настоящее время употребляется модифицированный вариант образца 1974 г. – «Шкала Векслера для измерения интеллекта у детей». На основании результатов выполнения теста вычисляется коэффициент интеллекта.

Вербальный – в психологии термин для обозначения знакового материала, а также процессов оперирования с этим материалом.

Генотип – генетическая конституция, совокупность генов, полученная от родителей.

Гетерохронность развития – закономерная разновременность формирования и развития психических функций.

Гидроцефалия – водянка мозга, выражающаяся в избытке спинномозговой жидкости в полости черепа.

Гиперкомпенсация – наращивание усилий в сфере несостоятельности – «преодоление».

Глухонмота – сочетание тяжелого слухового дефекта и связанного с ним отсутствия речи.

Гнозис – восприятие.

Девиантное поведение – отклоняющееся, нарушающее принятые нормы и правила, но не выходящее в область противоправных поступков.

Дезадаптация – полярный адаптации и, по существу, деструктивный процесс, в ходе которого развитие психических процессов и поведения индивида приводит не к решению проблемных ситуаций в его жизни и деятельности, а к усугублению трудностей существования и неприятных переживаний, их вызывающих.

Декомпенсация – утрата, распад, регресс достигнутого ранее компенсаторного эффекта под влиянием патогенных факторов.

Деонтология – наука о долге, моральной обязанности, нравственном совершенстве и безупречности в профессиональной деятельности, где широко используются сложные межличностные взаимовлияния и ответственные взаимодействия (врачебная практика, психотерапия и др.).

Депривация – психическое состояние человека, возникающее в результате длительного ограничения в удовлетворении в достаточной мере потребностей, необходимых для полноценной жизни и развития.

Детерминизм – философская концепция, признающая объективную закономерность и причинную обусловленность всех явлений природы и общества. В психологии – закономерная и необходимая зависимость психических явлений от порождающих их факторов.

Дети-инвалиды – дети, имеющие значительные ограничения в жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание головного мозга, при котором вследствие поражения двигательных центров мозга наблюдаются различные психомоторные нарушения (плохая координация движений, паралич конечностей).

Дефект – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка, подтвержденный психолого-медико-педагогической комиссией в отношении ребенка и медико-социальной экспертной комиссией в отношении взрослого.

Дефект органический – повреждение, отсутствие или недоразвитие какого-либо органа, его части или тканей.

Дефект функциональный – нарушение функций органа или общих функций организма без какого-либо нарушения их материального субстрата (самого органа), например психопатии.

Дефект-центризм – подход к клиенту (испытуемому) как к носителю определенного симптома или синдрома, противостоящий ценностному и целостному подходу к личности, системе ее жизненных отношений.

Дефицитарное развитие – патологическое формирование личности у детей с тяжелыми дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, при которых недостаток сенсорных стимулов вызывает явления депривации и нарушения эмоциональной сферы. Термин предложен в 1976 г. В.В. Ковалевым.

Дизадаптация – исходные трудности, искажение или нарушение адаптационных процессов вследствие недостаточных нервно-психических, физических или других ресурсов индивида; невозможность осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям.

Дизонтогенез – в широком смысле термина: отклоняющееся от условно принятой нормы индивидуальное развитие; психический Д. – нарушение развития психики в целом или ее отдельных составляющих, а также нарушение соотношения темпов и сроков развития отдельных сфер психики и различных компонентов внутри них.

Диссоциация – нарушение взаимосвязи психических процессов.

Дисфория – пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, повышенной чувствительностью к действиям окружающих, со склонностью к вспышкам агрессии.

Дисфункция – нарушение, расстройство функций какого-либо органа или системы преимущественно качественного характера.

Дифференцированное обучение аномальных детей – организация обучения и воспитания детей с дефектами развития в различных типах коррекционных учреждений в зависимости от характера и степени выраженности дефекта.

Диффузный – распространенный, рассеянный в разные стороны.

Защита психологическая – адаптивные механизмы, направленные на уменьшение патогенного эмоционального напряжения, предохраняющие от болезненных чувств и воспоминаний и дальнейшего развития психологических и физиологических нарушений.

Зона ближайшего развития – возможности в психическом развитии, которые откладываются у человека при оказании ему минимальной помощи со стороны. Понятия «зона ближайшего развития» и «зона актуального развития» введено Л.С. Выготским.

Идентичность – тождественность, одинаковость; осознаваемое человеком единство и преемственность телесных и психических процессов, переживание постоянства своего физического и психического «Я», тождественности самому себе.

Иерархия – расположение частей или элементов целого в порядке от высшего к низшему.

Инволюция – обратное развитие, уменьшение, упрощение, редукция (главным образом в связи с утратой функции) какого-либо органа в течение онтогенеза.

Инертность – низкая подвижность нервных процессов, трудности переключения.

Интегрированное обучение и воспитание – организация специального образования, при которой обучение и воспитание лиц с особенностями психофизического развития осуществляется в учреждениях образования общего типа, создавших специальные условия для пребывания и получения образования такими лицами.

Инфантилизм – сохранение в организме и психике человека характеристик, качеств и свойств, присущих более ранним стадиям развития; психический И. – отставание в личностном развитии.

Исключительные дети – термин, которым в зарубежной научной литературе обозначается широкая категория детей, развитие которых по тем или иным показателям отклоняется от среднестатистических норм. К данной категории относят одаренных детей.

Катамнез – сведения, получаемые о больном после окончания лечения. Периодический сбор информации о ходе обучения, трудовой жизни учащихся, находившихся под специальным наблюдением.

Квалификация дефекта (симптома) – качественный анализ, изучение структуры нарушения, выделение того фактора (первичного дефекта), который привел к возникновению наблюдаемого симптома.

Коммуникация – связь, в ходе которой происходит обмен информацией между системами в живой и неживой природе.

Компенсация – возмещение, выравнивание в той или иной мере нарушенных функций и состояний, качественная перестройка сохранных функций для замещения нарушенных.

Компенсация психологическая – процесс, направленный на достижение или восстановление чувства внутренней стабильности и самопринятия в связи с переживанием несостоятельности в тех или иных аспектах жизни.

Комплекс неполноценности – комплекс черт личности, выражающийся в представлениях о собственной никчемности, ненужности, неспособности справляться с жизненными трудностями.

Конфликт – предельно обостренное противоречие, связанное с острыми эмоциональными переживаниями. Принципиально подразделение конфликта на внутренние (внутриличностные) и внешние (межличностные и межгрупповые).

Концепция «нормализации» – социально-психологическая теория и практика как можно большей приближенности жизни и быта людей с ограниченными возможностями к условиям и стилю жизни общества, в котором они живут.

Копинг – деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими требованиям.

Коррекционно-воспитательная работа – система специальных педагогических мероприятий, направленная на преодоление или ослабление недостатков развития аномальных детей.

Коррекция – система психолого-педагогических и медико-социальных мер, направленных на исправление или ослабление физических и (или) психических нарушений.

Коэффициент интеллекта, IQ – количественный показатель уровня умственного развития. Представляет собой отношение умственного возраста (УВ) к паспортному, хронологическому (ХВ) соответственно формуле $IQ = \frac{УВ}{ХВ} \times 100\%$. УВ вычисляется на основании результатов выполнения психологических тестов.

Кризис возрастной – особые, относительно непродолжительные (до года) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями. Возрастные кризисы относятся к нормативным процессам, необходимым для поступательного хода личностного развития и связаны с системными качественными преобразованиями в сфере его социальных отношений, индивида, его деятельности и сознания.

Лабильность – нестойкость, неустойчивость, изменчивость; в дифференциальной психологии – одно из основных свойств ЦНС, характеризующее скорость возникновения и прекращения нервных процессов.

Латентный – скрытый, внешне не проявляющийся; латентный период – скрытый период физиологической реакции.

Лица (в том числе дети) с особенностями психофизического развития – лица, имеющие физическое и (или) психическое нарушение, препятствующее получению образования без создания для этого специальных условий.

Локальный – свойственный данному месту, не выходящий за определенные границы.

Манипулятивная деятельность (действия) – проявления двигательной активности ребенка, направленные на предметы с целью их обследования или забавы. Они характерны для младенческого возраста и совершаются «в логике руки» или «в логике физических свойств предмета», без учета способов культурного употребления предметов.

Минимальная мозговая дисфункция, ММД – нарушение функций ЦНС вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга.

Модально-неспецифические закономерности отклоняющегося развития свойственны всем лицам с отклонениями в развитии независимо от модальности основного нарушения.

Модально-специфические закономерности отклоняющегося развития свойственны какому-то одному варианту отклонения.

Модальность – одно из основных свойств, существенная качественная характеристика.

Моторика – двигательная активность, включающая большие моторные акты и тонкую моторику, зрительно-моторные координации, кинестетические функции и др.

Надежность – качество научного метода исследования, позволяющее получать одни и те же результаты при повторном или многократном использовании данного метода.

Нарушения вторичные, системные – обратимые изменения процесса развития психических функций, непосредственно связанных с первично нарушенной функцией.

Нарушения первичные, ядерные – малообратимые изменения в параметрах работы той или иной функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора.

Нарушения третичные, факультативные – нарушения разных сторон психики, не имеющих непосредственных связей с первично поврежденной функцией.

Негативизм – лишенное объективных оснований сопротивление предъявляемым требованиям; у детей возникает как реакция на требования взрослых, не учитывающих их потребности.

Новообразование возрастное психологическое – обобщенный результат психического развития в данном возрасте (от психических процессов до свойств личности), содержащий предпосылки к распаду характерной для него социальной ситуации развития.

Норма – установленная мера, средняя величина чего-либо. Различают различные виды норм: индивидуальная, предметная, социально-возрастная, психологическая.

Нормальное развитие – относительно гармоничное равновесие между многими возможными разнообразными отклонениями и неправильным формированием, что свойственно любому развитию.

Общение – обмен информацией между людьми, их взаимодействие.

Одаренность – наличие у человека задатков к развитию способностей.

Онтогенез – процесс закладки, формирования, структурирования, расцвета функций организма с последующим постепенным их увяданием.

Отклоняющееся (девиантное) поведение – поведение человека, отклоняющееся от установленных правовых или нравственных норм, нарушающее их.

Оценка дефекта анализатора абсолютная – минимальный остаток функции оценивается как частичная недостаточность.

Оценка дефекта анализатора относительная – дефект оценивается с точки зрения развития зависящей от пострадавшего анализатора функции при данной степени его недостаточности.

Парциальный – частичный, относящийся к отдельным частям.

Патогенез – раздел патологии, изучающий взаимосвязь внутренних механизмов, лежащих в основе возникновения и развития болезненного процесса в организме.

Патохарактерологическое развитие – психогенное патологическое формирование характера ребенка под влиянием хронической психотравмирующей ситуации, дефектов воспитания; у детей с ограниченными возможностями может быть следствием переживания своей неполноценности.

Педагогическая запущенность – устойчивое отклонение в сознании и поведении ребенка, обусловленное отрицательным влиянием среды, недостатками воспитания, проблемами в обучении.

Пограничные состояния – нерезко выраженные нарушения, граничащие с нормой и отделяющие ее от собственно патологических проявлений, но не являющиеся их начальными или промежуточными фазами.

Праксис – способность к выполнению целенаправленных автоматизированных двигательных актов.

Преморбидные особенности личности – особенности темперамента, характера, личности, имевшие место до начала заболевания.

Профилактика – означает своевременную систему психолого-педагогических мероприятий (диагностика, воспитание, коррекция) направленную на формирование нравственной, социально-зрелой личности подростка.

Псевдокомпенсация – неадекватное использование личностью защитных механизмов и копинг-стратегий, не позволяющее найти продуктивный выход из сложившейся кризисной ситуации.

Психодиагностика – область исследований, связанных с количественной оценкой и точным качественным анализом психологических свойств и состояний человека при помощи научно проверенных методов, дающих достоверную информацию о них.

Психокоррекция – направление реабилитационной и коррекционно-воспитательной работы с аномальными детьми, целью которой является предупреждение и преодоление отклонений в психическом

Психопатия – психическое заболевание, проявляющееся в практически необратимой выраженности свойств характера, препятствующих адекватной адаптации человека в социальной среде.

Психосоматические заболевания – функциональная и органическая патология внутренних органов, в этиологии и патогенезе которой основная роль принадлежит психогенным, в первую очередь стрессовым воздействиям.

Психотерапия: 1) отрасль медицины, разрабатывающая систему психологически опосредованного лечения заболеваний; 2) метод психологического (в отличие от медикаментозного и хирургического) лечебного воздействия на мотивы, эмоции, волю и самосознание человека при многих психических, нервных и психосоматических заболеваниях.

Развитие – процесс перехода количественных изменений в качественно новые характеристики. Развитие аномального ребенка отличается от развития соответствующего норме лишь качественным своеобразием, опорой на сохраненные функции организма. Развитие аномального ребенка в большей степени, чем у нормального ребенка зависит от обучения, таким образом, обучение и воспитание должны носить развивающий характер.

Ранний детский аутизм (РДА), синдром Каннера – аномалия психического развития, состоящая главным образом в субъективной изолированности ребенка от внешнего мира. Симптомы РДА: аутизм – одиночество ребенка, отсутствие стремления к общению; консервативность – сопротивление любым переменам обстановки, склонность к стереотипным занятиям, однообразие интересов и пристрастий; речевые нарушения.

Ранняя комплексная помощь – система мер, включающих выявление, обследование, коррекцию физических и (или) психических нарушений, индивидуализированное обучение ребенка с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет с медико-психолого-педагогическим сопровождением в условиях семьи, учреждений образования и организаций здравоохранения.

Распад психической функции– грубая дезорганизация функции, ее выпадение.

Реабилитация–система мер по восстановлению (или компенсации) функций или структур организма, а также устранение ограничений жизнедеятельности индивида и его участия в жизни общества.

Реабилитация психологическая – реорганизация и оптимизация социально-психологического бытия личности, приведение возможностей человека в соответствие с его потребностями и ценностями, восстановление утраченного или несформированного чувства личностной ценности.

Реактивные состояния – психические расстройства, возникающие в связи с тяжелыми переживаниями, проявляются в виде депрессии, эмоционального шока, страхов, навязчивых состояний.

Регресс – временная или стойкая деградация какой-либо функции или психики в целом, ее дезинтеграция, возврат на более низкий уровень развития.

Резистентность – устойчивость, неуязвимость, сопротивляемость психики или организма к воздействующим патогенным факторам.

Релаксация – состояние покоя, расслабленности, наступающее при отходе ко сну, а также после сильных переживаний или физических усилий. Релаксацией называется также полное или частичное мышечное расслабление, достигаемое произвольно за счет специальных упражнений

Ретардация – незавершенность отдельных этапов развития, при которой не происходит смены более ранних форм развития более прогрессивными, отсутствует инволюция (угасание) более ранних форм.

Речь – система используемых человеком звуковых сигналов, письменных знаков и символов для предоставления, переработки, хранения и передачи информации.

Ригидность – недостаток пластичности, неспособность корректировать программу деятельности в соответствии с требованиями ситуации.

Самоактуализация – использование и развитие человеком имеющихся у него задатков, их превращение в способности. Стремление к личностному самосовершенствованию.

Самооценка – оценка человеком собственных качеств, достоинств и недостатков.

Саморегуляция– процесс управления человеком собственными психологическими и физиологическими состояниями, а также поступками.

Сензитивный период – этап наиболее интенсивного развития определенных психических функций, оптимальный для освоения соответствующих видов деятельности.

Сенсорный– относящийся к сфере ощущений (зрительных, слуховых и т.д.).

Сепарация – ситуация длительного разлуки ребенка с матерью или иным лицом, ее заменяющим; прекращение специфической связи между ребенком и его социальной средой.

Симптом – характерные проявления, признаки психических или органических нарушений и заболеваний, свидетельствующие об изменении обычного или нормального функционирования организма или психики.

Синдром – симптомокомплекс, определенное сочетание группы симптомов, объединенных механизмом возникновения. Внутри общего синдрома симптомы объединяются закономерным и регулярным образом, характеризуя определенное болезненное состояние организма.

Сложный дефект (сочетанные нарушения) – сочетание двух и более дефектов развития, имеющее особую структуру, качественно отличную от его составляющих: умственно отсталые слепые (слабовидящие) и глухие (слабослышащие), слепоглухие, глухие и слабослышащие с нарушением опорно-двигательного аппарата и др.

Соматический – телесный.

Социализация – двусторонний процесс усвоения индивидом социального опыта общества, к которому он принадлежит, и активного воспроизводства и наращивания им систем социальных связей и отношений, в которых он развивается.

Социометрия – совокупность однотипно построенных методик, предназначенных для выявления и представления в виде социограмм и ряда специальных индексов системы личных взаимоотношений между членами малой группы.

Стереотип – нечто, повторяемое в неизменном виде, шаблон действия и поведения, применяемый без раздумий, рефлексии, неосознанно. Характерная черта С. – высокая устойчивость.

Стресс – совокупность адаптационно-защитных реакций организма на любое воздействие (стрессор), порождающее психическую или физическую травму.

Тесты психолого-педагогические – стандартизированные задания, используемые для измерения и оценки индивидуально-психологических особенностей личности, уровня достижений и т.д.

Тотальный – полный, всеохватывающий, всеобъемлющий.

Умственная отсталость – стойкое нарушение познавательной деятельности, возникающее вследствие органического поражения головного мозга. Поражение может быть результатом воспалительного заболевания, интоксикации, ушиба головного мозга, а также унаследованных генетических аномалий.

Фобии – навязчивые неадекватные переживания страхов конкретного содержания, возникающие в определенной фобической обстановке и сопровождающиеся вегетативными нарушениями (учащенное сердцебиение, повышенная потливость и т.п.).

Фрустрация – 1) эмоциональное состояние, возникающее вследствие появления препятствий к достижению актуальной цели и содержащее в себе компонент мотивации к обходу или преодолению препятствия; 2) состояние переживания неудачи, обусловленное невозможностью удовлетворения каких-либо потребностей;

Функциональная система – объединение анатомически различных, в том числе пространственно-разнесенных, элементов организма, упорядоченное взаимодействие которых направлено на достижение полезного результата, выступающего системообразующим фактором. Одни и те же элементы могут входить в состав разных функциональных систем.

Характер – совокупность свойств личности, определяющих типичные способы ее реагирования на жизненные обстоятельства.

Эгоцентризм – сосредоточенность сознания и внимания человека исключительно на самом себе, сопровождающаяся игнорированием того, что происходит вокруг.

Эйфория – радостное, веселое настроение, состояние благодушия и безопасности, снижения критичности, моторного возбуждения, не соответствующего объективным обстоятельствам, не имеющее объективных причин появления и достаточно стойкое.

Экзогенный – внешнего происхождения, вызываемый внешними причинами (биологическими и социальными).

Эмпирический – основанный на чувственном познании, практическом опыте.

Эндогенный – внутреннего происхождения, вызываемый внутренними причинами. По отношению к отклонениям в развитии – это наследственное (конституциональное) происхождение.

Энцефалопатия – органическое поражение головного мозга невоспалительного характера, сопровождающееся головными болями, нарушениями настроения, снижением умственной работоспособности и др.

Этиология – раздел медицины, посвященный изучению причин и условий возникновения болезней.

Я-концепция – относительно устойчивая, осознанная, переживаемая как неповторимая система представлений индивида о самом себе, на основе которой он относится к себе и строит взаимодействие с другими людьми.

Учебное издание

КУХТОВА Наталья Валентиновна

ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Курс лекций

Технический редактор

Г.В. Разбоева

Компьютерный дизайн

А.В. Табанюхова

Подписано в печать 23.12.2024. Формат 60х84 ¹/₁₆ . Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 5,81. Уч.-изд. л. 7,39. Тираж 40 экз. Заказ 194.

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий
№ 1/255 от 31.03.2014.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».
210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.