ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Могилев 2022

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Учреждение образования
«МОГИЛЕВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени А. А. КУЛЕШОВА»

ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

Курс лекций

В двух частях

Часть 1

Автор-составитель
Н. М. Дудова

Могилев
МГУ имени А. А. Кулешова
2022

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

УДК 159.9:37.013(075.32)
ББК 88.72я723
О-75

Печатается по решению редакционно-издательского совета МГУ имени А. А. Кулешова

Рецензент
преподаватель педагогики высшей категории
Горецкого педагогического колледжа МГУ имени А.А. Кулешова
Е.П. Хмарская

О-75 **Основы специальной психологии и коррекционной педагогики :** курс лекций : в 2 ч. / автор-составитель Н. М. Дудова. – Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2022. – Ч. 1. – 108 с.
ISBN 978-985-568-946-2

Лекционный материал соответствует требованиям учебной программы для учреждений, обеспечивающих получение среднего специального образования по специальностям 2-01 02 01 Начальное образование, 2-01 01 01 Дошкольное образование.

Адресован учащимся и преподавателям педагогических колледжей.

УДК 159.9:37.013(075.32)
ББК 88.72я723

Электронный архив библиотеки МГУ имени А. А. Кулешова

ISBN 978-985-568-946-2-1
ISBN 978-985-568-945-5

© Дудова Н. М., составление, 2022
© МГУ имени А. А. Кулешова, 2022

ВВЕДЕНИЕ

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

2. Разделы специальной психологии, взаимосвязь с другими науками.

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

Как целостная наука специальная психология возродилась 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 *атипией* О. Н. Усанова понимает развитие, при котором возникают изменения в виде отклонений или нарушений в функционировании когнитивных, эмоциональных и регуляторных процессов психики.

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.

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

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

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 психопрофилактической работы.

2. Разделы специальной психологии, взаимосвязь с другими 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.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

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, слепоглухонемота).

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

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

Первый уровень – внутурипсихологический. 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.

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.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

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. 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. Известно, что процессы развития и распада подчиняются разным закономерностям и имеют качественные особенности, не позволяющие говорить об однородности отдельных уровней распада и развития, следовательно, изучение этих закономерностей должно вестись дифференцированно. Кроме того, специальная психология ориентирована на нужды коррекционной педагогики, а патопсихология направлена па решение задач психиатрической клиники.

Второй уровень – внешнепсихологический, 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* обусловливает 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 взаимопроник-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

новения, необходимо четко представлять предмет и задачи специальной психологии во избежание размывания ее границ.

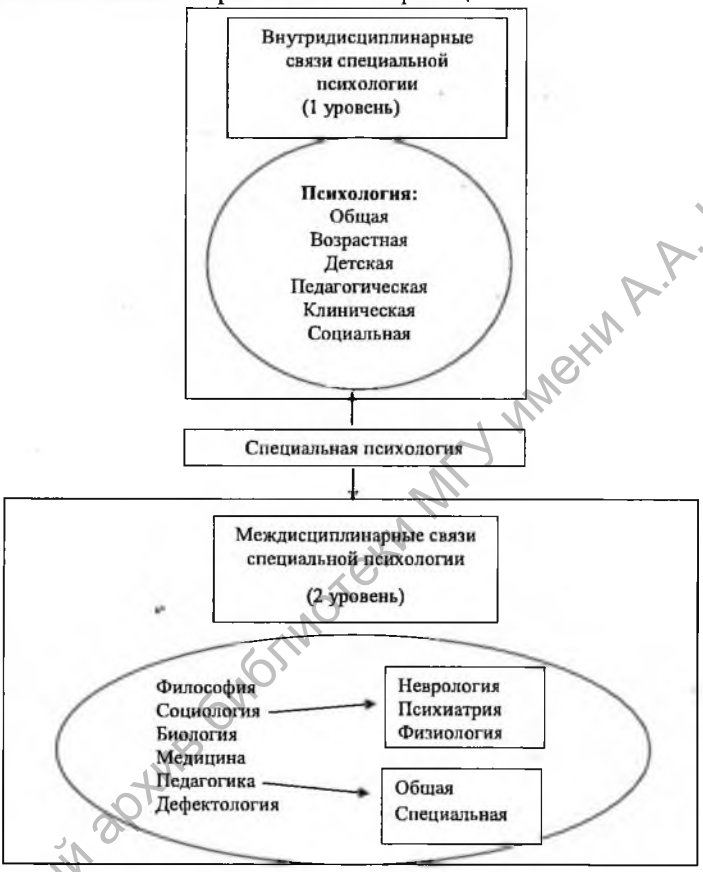

Рис. 1. Специальная психология в системе научного знания

Таким образом, *специальная психология* представляет собой психологическую науку, имеет широкие связи с другими дисциплинами (рис. 1). 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.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Лекция № 1
ПРИНЦИПЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

1. Методологические принципы специальной психологии.
2. Принципы психологического изучения детей с ОПФР.

1. Методологические 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:

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.

Согласно *принципу развития* (генетический принцип) психика

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

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 наслоилось. 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.

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.

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.

2. Принципы психологического изучения детей с ОПФР

К принципам психологического изучения детей с ОПФР относятся:

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

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.

Принцип системного структурно-динамического изучения базируется на идеях Б. Г. Ананьева, Б. Ф. Ломова и других 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 выделе-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

нию синдромов нарушения высших психических функций при поражениях мозга и созданию теории локализации ВПФ.

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. На самом деле количественный и качественный анализ суть составные части единой психодиагностической стратегии, результаты каждого из них приобретают ценность только при включении в общую информационную картину.

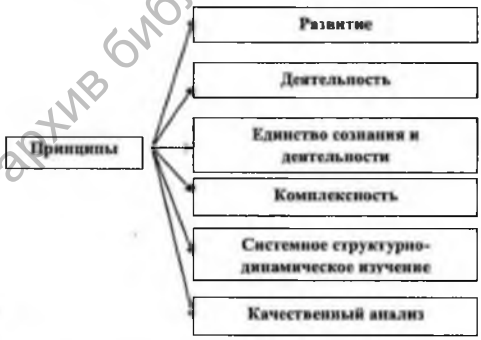

Рис. 2. Методологические принципы специальной психологии

Таким образом, обе категории психологических данных могут дополнять друг друга, обеспечивая платформу для решения практических задач (рис. 2).

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Лекция № 2
МЕТОДЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

1. Методы исследования.
2. Методы профилактики.
3. Методы воздействия.

1. Методы исследования

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* (рис. 3). В свою очередь, методы исследования состоят из *методов сбора информации* и *методов ее обработки.*

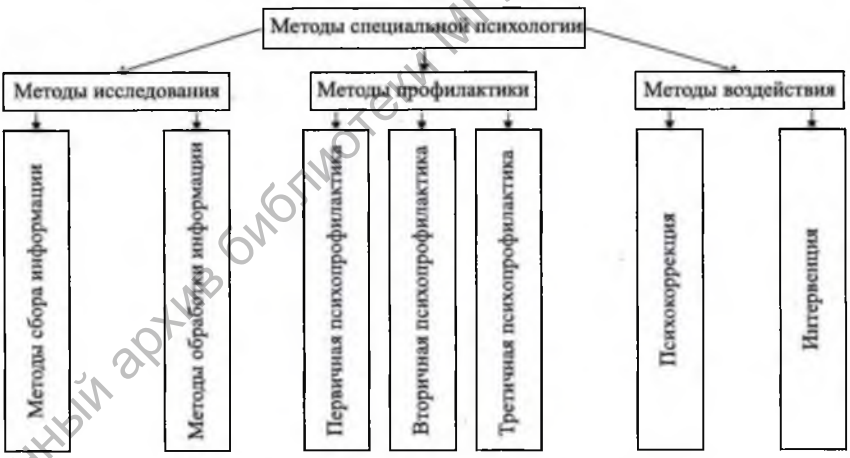

Рис. 3. Методы специальной психологии

1) 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

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

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;

– *изучение проектов 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 построении беседы – подбор содержания и формы вопросов, отвечающих цели исследования и понятных ребенку.

Беседа со взрослыми используется для сбора анамнестических данных о ребенке и выявления отношения взрослых к проблемам ребенка. Выясняется, отмечаются ли у ребенка нарушения ориентировки в пространстве и времени, как ребенок ведет себя, как он

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

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

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

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.

2) 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 обусловливающие, 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.

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.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

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.

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 профессии. 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.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

3. Методы воздействия

Г. А. Ковалев (1989) под *воздействием* понимает «процесс, который реализуется в ходе взаимодействия двух или более равноупорядоченных систем, 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.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

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 создаются 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, стереотипия, 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,

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

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.

Лекция № 3
ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ОПФР

1. Общая характеристика нарушений психофизического развития.

2. Общие и специфические закономерности психического развития детей.

1. Общая характеристика нарушений психического развития.

В становлении специальной психологии терминологический аппарат применительно к категории детей с особенностями претерпел значительные изменения. Так, отечественные и зарубежные исследователи в начале XX в. использовали термин «ненормальные дети». Практически в это же время в ходу было понятие «дефективные дети» (В. П. Кащенко, Л. С. Выготский и др.), а в конце 30-х гг. появился термин «аномальные дети», охватывающий все проявления недоразвития. Все частные термины (глухой, слабовидящий, умственно отсталый и т. д.) указывали на определенный недостаток в развитии.

С 60-х гг. XX в. за рубежом по мере развития идеи и внедрения моделей интегрированного обучения стали происходить изменения в тер-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

минологии. В 1980 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), занимающаяся совершенствованием терминологии, выдвинула три категории понятий: *«impairment», «disability», «handikap». Impairment* – дефект, потеря физической субстанции или необратимое изменение в психологической, физиологической или анатомической структуре или функции. *Disability* – помеха, ограничение, возникшее вследствие нарушения, которое приводит к частичному или полному сокращению обычных умений или навыков человека. *Handikap* – социальное ограничение индивидума, являющееся следствием нарушения, которое не позволяет или ограничивает возможность принятия им адекватной данному возрасту и полу социальной роли в типовых социокультурных условиях.

Эти три категории соотнесены с тремя сферами – биологической (impairment), психической (disability) и социальной (handikap) – и означают соответственно *дефект, снижение способности* и *ограничение возможности*.

В 1997 г. ВОЗ разработала обновленную классификацию понятий. В ней присутствуют такие категории, как *impairment, activity, participation* (дефектологическая ориентация была заменена ориентацией на социальную активность). *Равные возможности, самоопределение, участие во всех сферах социальной жизни* – вот цели, которые ставит перед собой современная специальная педагогика и психология. Новая классификация ВОЗ трактует выделенные категории следующим образом:

Impairment – дефект – понятие, включающее органические дефекты и функциональные нарушения, относящиеся к кругу медицинских дисциплин анатомии и физиологии (патоанатомия, патофизиология).

Activity – активность, ее ограничение – акцентирует внимание на степени возможности для человека, имеющего нарушение, вести самостоятельную жизнь; мера личностной самореализации; относится к сфере психолого-педагогических наук.

Participation – возможности и ограничения участия – оценивает меру социальной включенности; показывает, как нарушения здоровья влияют на участие человека в жизни общества; относится к сфере социальных наук.

Применительно к группе детей, имеющих те или иные отклонения в развитии, используются *понятия:* с особенностями психофизическо-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

го развития (Республика Беларусь); с особыми образовательными потребностями; с ограниченными возможностями здоровья (российский вариант) и др.

Термин *«дети с особенностями психофизического развития»* семантически подтверждает отказ социума от деления людей на полноценных и неполноценных, т. е. смещает акцент с недостатков в развитии на потребности детей в особых педагогических условиях, «на ответственность общества за выявление и удовлетворение их потребностей» (В. Н. Наумчик и др.). В Беларуси нормативно закреплена корректная терминология применительно к отдельным категориям детей с особенностями психофизического развития: понятие «умственная отсталость» обозначается термином «интеллектуальная недостаточность»; «задержка психического развития» – термином «нарушения психического развития (трудности в обучении); «глухой, слабослышащий» – «нарушение слуха», «слепой, слабовидящий» – «нарушение зрения» и т. д.

В отечественной педагогике и психологии традиционно выделяются следующие аспекты изучения нарушений развития.

Клинический аспект направлен на изучение этиопатогенеза и симптоматики, полученных на основе разнообразных методов обследования (клинический, цитогенетический, генеалогический, лабораторный, биохимические исследования, электороэнцефалография, эхоэнцефалография, компьютерная и ядерно-магнитно-резонансная томография, рентгенологическое исследование черепа, реография, допплерография, аудиография и др. Основная цель исследования заключается в выявлении стойких отклонений в морфологии и физиологии отдельных органов, систем и организма в целом.

Психологический аспект связан с изучением состояния и развития психических процессов. Основная цель психологического исследования – выявление особенностей отклоняющегося развития ребенка и тех сохранных путей, с помощью которых можно их скомпенсировать в адекватных для него условиях, видах и формах обучения.

Педагогический аспект направлен на изучение уровня обучаемости и воспитуемости ребенка и включает следующие задачи: 1) изучение познавательных возможностей, черт личности, выявление уровня актуального и зоны ближайшего развития; 2) определение оптимальных условий для коррекции недостатков познавательной деятельности; 3) разработка способов педагогического влияния на учащихся;

Электронный архив библиотеки МГУ имени А. А. Кулешова

4) выявление готовности ребенка к обучению в школе, определение степени сформированности школьных навыков, а также причин, вызывающих различные трудности в усвоении программы и школьной адаптации.

Социологический аспект рассматривает место детей с ОПФР в обществе и их поведение в различных жизненных ситуациях.

2. 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, не адаптивность к фрустрации, снижение резистентности к стрессу, недостаточная социальная адаптация); 3) зависимость компенсаторных процессов от времени и качества коррекции.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Лекция № 4
ПАРАМЕТРЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

1. Психологические параметры дизонтогенеза.
2. Классификация нарушений в развитии по типу дизонтогенеза.

1. Психологические параметры дизонтогенеза

Дизонтогенез (от греч. *dis* – расстройство, *ontos* – сущее, *genesis* – происхождение, развитие) – нарушение индивидуального развития организма. Впервые термин *«дизонтогения»* 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 дефицитарностью 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

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

каким-либо нарушением психического развития одни функции будут относительно сохранными, 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 психологопедагогической 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).

2. Классификация нарушений в развитии по типу дизонтогенеза

На основе выделенных параметров В. В. Лебединский (1985) предлагает *классификацию дизонтогенеза* (6 типов нарушений психиче-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

ского развития): 1) *недоразвитие; 2) задержанное развитие;* 3) *дисгармоническое развитие;* 4) *искаженное развитие;* 5) *поврежденное развитие;* 6) *дефицитарное развитие* (рис. 4). 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.

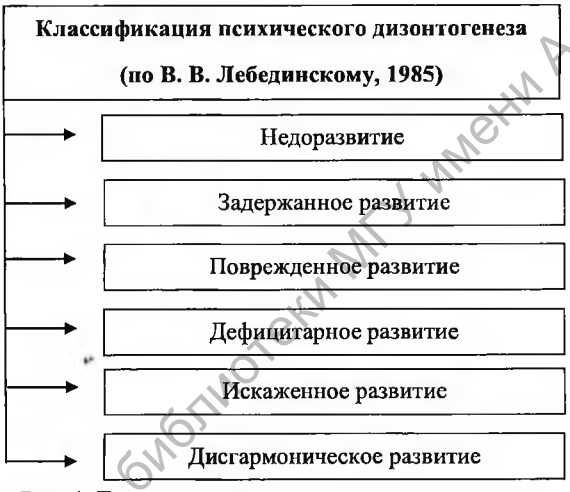

Рис. 4. Дети с нарушениями психического развития

Психическое недоразвитие типично проявляется при олигофрении (пример тотального психического недоразвития), два основных клинико-психологических «закона», которые 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

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

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 сохранные.

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.* Первичный 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

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

неадекватные реакции на раздражители, ребенку трудно приспособиться к условиям жизни в обществе. Степень выраженности психопатии зависит от условий воспитания и окружения ребенка.

Выделается 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.

Лекция № 5
ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1. Понятие и виды нормы.
2. Факторы психического развития человека.
3. Понятие «аномальные дети», категории аномальных детей.

1. Понятие и виды нормы

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

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

Статистическая норма – это такой уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

и т. д. Ориентация на статистическую норму развития тех или иных психических качеств особенно важна на этапе первичной диагностики психического состояния ребенка при определении характера основного нарушения, его выраженности. Обычно статистическая норма представляет собой определенный диапазон значений развития какого-либо качества (роста, веса, уровня развития интеллекта, отдельных его составляющих и т. п.), расположенных около среднего арифметического, как правило, в пределах стандартного квадратичного отклонения. Попадание в эту зону собственно средней статистической нормы означает уровень развития, свойственный не менее чем 68% лиц данной возрастной категории, пола и т. д. Имеющиеся качественно-количественные нормативы возрастного развития, обеспеченные соответствующей системой диагностических методов, позволяют квалифицировать с большей или меньшей точностью наблюдаемые особенности детского развития как индивидуальные варианты нормативного развития или как «отклонения» (так называемая кривая Гаусса). Чем дальше какая-либо характеристика развития человека от зоны средних величин, тем с большим основанием можно квалифицировать данный случай как отклонение.

Ориентация на статистическую норму важна прежде всего на этапе выявления недостатков в развитии и определения меры их патологичности, требующей специальной психолого-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи.

Функциональная норма. В основе концепции функциональной нормы лежит представление о неповторимости пути развития каждого человека, а также о том, что любое отклонение можно считать отклонением только в сопоставлении с индивидуальным трендом (понятие тренд – в научной литературе часто используется как синоним понятий «склонность», «тенденция», «направление», «путь») развития каждого человека. Другими словами, это своего рода индивидуальная норма развития, которая является отправной точкой и одновременно целью реабилитационной работы с человеком, независимо от характера имеющихся у него нарушений. В данном контексте следует признать, что достигнутое состояние только тогда можно считать нормой, когда в процессе самостоятельного развития или в результате специальной коррекционно-педагогической работы наблюдается такое сочетание взаимоотношений личности и социума, при котором личность без дли-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А. А. Кулешова

тельных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности и при этом в полной мере отвечает тем требованиям, которые предъявляет к ней социум в зависимости от возраста, пола, уровня психосоциального развития. Это своего рода гармоничный баланс между возможностями, желаниями и умениями, с одной стороны, и требованиями со стороны социума – с другой.

Именно обретение ребенком такого баланса, несмотря на различные первичные нарушения, и является основным критерием эффективности оказываемой ребенку помощи. Именно данное состояние можно рассматривать в качестве основного показателя душевного здоровья человека и рассматривать его в качестве критерия оптимального уровня социально-психологической адаптированности.

«...Мы считаем ребенка нормальным:

а) когда уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста, с учетом развития общества, членом которого он является;

б) когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим трендом, 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;

в) когда 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.

Указанные три критерия нормальности необходимо учитывать при оценке нормальности или анормальности детей и подростков».

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

Социальная (нормативная) норма – предварительно идеально установленный образец; то, что должно быть. Нормативную норму можно рассматривать как систему требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов. То, что в одном обществе считается нормальным, в другом признается от-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

клоняющимся от нормы, поэтому эти нормы историчны, они меняются вместе с развитием общества. Нормативные нормы присутствуют в образовательных программах, квалификационных профессиональных характеристиках, общественном мнении учителей, воспитателей, родителей.

2. Факторы психического развития человека

Факторами называются постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака. В рассматриваемом нами контексте мы должны определить виды воздействий, влияющих на возникновение различных отклонений в психофизическом и личностно-социальном развитии человека.

Но сначала рассмотрим *условия* нормального развития ребенка.

Можно выделить основные 4 условия, необходимые для нормального развития ребенка, сформулированные Г. М. Дульневым и А. Р. Лурия.

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

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

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

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

Л. С. Выготский, являющийся выдающимся психологом и дефектологом, основоположником культурно-исторической теории развития психики человека, убедительно доказал, что «врастание нормального ребенка в цивилизацию представляет обычно единый сплав с процессами его органического созревания. Оба плана развития – естественный и культурный – совпадают и сливаются один с другим. Оба ряда изменений взаимопроникают один в другой и образуют в сущности единый ряд социально-биологического формирования личности ребенка».

Электронный архив библиотеки МГУ имени А. А. Кулешова

По времени воздействия патогенные факторы делятся на:

– *пренатальные* (пренатальный период – период, длящийся в среднем 266 дней или 9 календарных месяцев от момента зачатия до рождения ребенка, состоит из трех стадий: *предзародышевой, или стадии яйца* (зачатие – 2-я неделя), когда оплодотворенное яйцо – зигота – перемещается в матку и внедряется в ее стенку с образованием плаценты и пуповины, *зародышевой, или стадии эмбриона* (2-я неделя – конец 2-го месяца), когда происходит анатомическая и физиологическая дифференцировка различных органов, длина зародыша достигает 6 см, вес – около 19 г, *стадии плода* (3-й месяц – рождение), когда идет дальнейшее развитие различных систем организма. В начале 7-го месяца появляется способность к выживанию вне организма матери, к этому времени длина плода составляет около 40 см, вес – около 1,9 кг) (до начала родовой деятельности);

– *натальные* (в период родовой деятельности);

– *постнатальные* (после родов, прежде всего имевшие место в период с раннего детства до трех лет).

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

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

– хромосомно-генетические отклонения, как наследственно обусловленные, так и возникшие в результате генных мутаций, хромосомных аберраций;

– инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, токсоплазмоз, грипп);

– венерические заболевания (гонорея, сифилис);

– эндокринные заболевания матери, в частности диабет;

– несовместимость по резус-фактору;

– алкоголизм и прием наркотиков родителями, и особенно матерью;

– биохимические вредности (радиация, экологическое загрязнение окружающей среды, наличие в окружающей среде тяжелых металлов, например, ртути, свинца, использование в агротехнике искусственных

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

удобрений, пищевых добавок, неправильное использование медицинских препаратов и др.), воздействующие на родителей до наступления беременности или на мать во время беременности, а также на самих детей в ранние периоды постнатального развития;

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

– гипоксические (кислородная недостаточность);

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

– патологическое протекание родовой деятельности, особенно сопровождающееся травматизацией головного мозга;

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

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

3. Понятие «аномальные дети», категории аномальных детей

Аномальными называются дети, имеющие значительные физические и психические отклонения, вызванные врожденными или приобретенными дефектами, и вследствие этого нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания.

Категории аномальных детей:

– дети с нарушениями зрения (слепые, ослепшие, слабовидящие);

– дети с нарушениями слуха (глухие, оглохшие, слабослышащие);

– дети с нарушениями интеллекта (ЗПР – задержка психического развития, умственная отсталость);

– дети с нарушениями речи;

– дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

– дети с эмоциональными нарушениями и нарушениями поведения (неврозы, психопатии, патологическое формирование личности, патологические реакции);

– дети с начальными проявлениями психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия, аутизм);

– дети с реактивными состояниями;

– дети со сложными дефектами.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А. А. Кулешова

Классификация аномальных детей по О. Н. Усановой:

– дети с отклонениями в развитии в связи с органическими повреждениями ЦНС;

– дети с отклонениями в развитии в связи с функциональной незрелостью;

– дети с отклонениями в развитии на почве психических депривраций.

Функциональные нарушения отличаются от органических тем, что они, во-первых, легче, а во-вторых, обратимы – при устранении неблагоприятных факторов развитие интенсифицируется, и при проведении коррекционной работы ребенок может догнать сверстников.

Лекция № 6
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ В УСЛОВИЯХ ДЕПРИВАЦИИ

1. Депривация, виды депривации.

1. Депривация, виды депривации

Депривация (от лат. *deprivatio* – потеря, лишение) – психическое состояние, возникновение которого обусловлено жизнедеятельностью личности в условиях продолжительного лишения или существенного ограничения возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей.

Термин стал широко известным благодаря Джону Боулби, который считал, что дети, лишенные материнской заботы и любви в раннем детстве, испытывают задержку в развитии следующих сфер: когнитивной, двигательной, речевой, а также в сферах эмоционального и личностного развития.

Виды депривации

Психологи выделяют разные виды деприваций: двигательная, сенсорная, социальная, эмоциональная и другие, но наиболее травмирующий характер для ребенка носит так называемая материнская депривация.

Сенсорная депривация – существенный недостаток сенсорных стимулов, отсутствие их разнообразия, несоответствие стимулов возможностям ребенка и задачам развития.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Сенсорное развитие ребенка – это развитие и интеграция представлений о свойствах своего тела, ощущениях, поступающих как от внутренних органов, так и извне, при взаимодействии с предметами окружающего мира, формирование понимания боли или приятных ощущений, тепла и холода, разнообразных тактильных ощущений, вкуса, звука, цвета, ощущения пространства и впечатлений от собственной моторной активности и т. п.

Последствиями сенсорной депривации становятся повышенная тревога, нарушение контакта с внешней средой, неуклюжесть, нечувствительность к боли и плохое различение других сенсорных впечатлений (не чувствует, когда ему жарко или холодно, ходит в мокром, не замечая этого, не различает вкус еды, кроме «ярких вкусов», может ходить в тесной обуви, удариться и не заметить и т. п.), трудности ориентации во времени, нарушение внимания, гиперподвижность или мышечная вялость.

В качестве компенсации недостатка сенсорных впечатлений из-за плохой чувствительности к ним ребенок может либо искать сильные, а часто и опасные сенсорные стимулы, либо погружаться в фантазии и мечтания, не имеющие отношения к реальной жизни.

Когнитивная депривация – дефицит информации, соответствующий возрасту и необходимый для развития ребенка, а также хаотичность, изменчивость, неупорядоченность этой информации, препятствующая адекватному объяснению окружающего мира.

В отсутствие развития навыка обработки информации, попадая в информационно-насыщенную среду (например, в школу), ребенок не может справиться с потоком информации, быстро истощается, демонстрирует протестное поведение или заболевает.

Социальная депривация – ограничение или полное отсутствие контактов ребенка с обществом, представляющим собой нормальное разнообразие социальных структур; ограничения в развитии собственной социальной роли в среде других людей.

Социальное развитие предполагает усвоение ребенком сложной социальной структуры общества, социальных связей, появление интуитивного ощущения собственного включения в социум, понимание своего места в нем.

Результатом социальной депривации в раннем и дошкольном возрасте становятся нарушение связи личности и своего имени, трудно-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

сти развития идентичности (ребенок не может ответить на вопрос «Кто я?» «Какой я?», «Кто вокруг меня?»), повышенная социальная тревога и, как следствие, неадекватные способы социального взаимодействия (повышенная агрессия или, наоборот, ведомость, подчиняемость), склонность к социальной изоляции или социальной неразборчивости, отсутствие представлений о жизненной перспективе и позитивных социальных устремлений.

Обычно разные виды депривации связаны между собой и проявляются в комплексе, их симптоматика может объединяться.

Эмоциональная депривация – отсутствие или недостаток возможности в установлении эмоционального контакта с другим лицом, либо травматический разрыв уже созданных эмоциональных связей при отсутствии поддержки в переживании горя.

Последствием эмоциональной депривации в раннем возрасте становится отставание психического и физического развития, в том числе развития речи и социального контакта. Такие дети часто общаются со всеми одинаково, не различая особенностей того или иного собеседника, не умеют сотрудничать с другим человеком, используют стратегии общения, не соответствующие возрасту, плохо различают свои и чужие эмоции и не учитывают их в повседневной жизни. Часто вместо радости игры такие дети неэмоционально манипулируют предметами или наблюдают за яркими стимулами (например, смотрят мультфильмы, но эмоционально не включаются в сюжет).

В следствие эмоциональной депривации у ребенка не формируется позитивный эмоциональный образ себя (я – хороший), он не чувствует, что значим для окружающих его людей, плохо ориентирован на похвалу и порицание.

Признаки эмоциональной депривации:

– ребенок постоянно испытывает беспокойство и имеет проблемы при взаимодействии с другими людьми;

– он всегда занимает оборонную позицию и настороженно относится к тому, что происходит вокруг него;

– ребенок страдает от стресса;

– его иммунная система ослабевает из-за высокого уровня депрессии.

Как эмоциональная депривация может выражаться в поведении:

1. *Неповиновение*

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

У детей с эмоциональной депривацией часто возникает потребность привлечь внимание любой ценой. Для того чтобы их наконец заметили, дети демонстративно перестают слушаться родителей и ведут себя неадекватно в общественных местах. Например, могут легко закатить истерику.

2. Агрессия

В случае, когда дети проявляют агрессию, специалисты рекомендуют уделять им повышенное внимание и слушать, что они пытаются сказать. В этом случае они почувствуют себя значимыми и обретут достаточную уверенность для того, чтобы рассказать вам о том, что их беспокоит.

3. Чувство незащищенности

Столкнувшись с эмоциональным вакуумом, дети чувствуют себя крайне уязвимыми. У них появляются страхи при общении с другими людьми. Поскольку они не чувствуют себя в безопасности, им приходится постоянно держать оборону.

4. Страх

Часто ребенок не способен самостоятельно справиться с эмоциональной депривацией. Из-за этого может возникнуть чувство пустоты и недоверия, которое по мере взросления будет только усиливаться.

5. Плохая успеваемость

Отсутствие внимания и любви может привести даже к проблемам с успеваемостью. Сложное психоэмоциональное состояние часто приводит к тому, что дети перестают уделять внимание учебе и делать домашние задания.

Эмоциональная депривация может также стать причиной проблем с речью. В семьях, где не принято открыто проявлять любовь, как правило, дети начинают говорить позже. Кроме того, они испытывают проблемы с социализацией. Дети подвергают свои эмоции строгой цензуре и стараются избегать привязанности к кому-либо.

6. Зависимость от гаджетов

Некоторые родители полностью передают воспитание цифровым устройствам. С практической точки зрения это удобно: дети тихо сидят, уткнувшись в планшет, телефон или телевизор. Однако технологический пузырь, который их окружает, не оставляет места проявлению живых эмоций.

Что такое материнская депривация?

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Материнская депривация – это состояние, возникающее вследствие эмоционального отрыва ребенка от матери, что влечет полное или частичное отсутствие у ребенка привязанности ко взрослым, подрыв доверия к миру. Исследования показали, что дети, лишенные материнской заботы и любви в раннем возрасте, испытывают задержку и отклонения в эмоциональном, физическом и интеллектуальном развитии. Вследствие материнской депривации у младенца даже может развиться *анаклитическая депрессия*.

Последствия материнской депривации:

– полная или частичная утрата возможности устанавливать полноценные близкие отношения с другими людьми и безопасную привязанность;

– чрезмерная зависимость от других людей;

– изменение отношения ребенка к самому себе (неприятие себя, аутоагрессия);

– ощущение стыда за себя, приводящее к неспособности говорить правду и уходу от ответственности;

– невротические проявления (аутостимуляция: раскачивания, стереотипные движения, сосание пальца, нарушение сна и пищевого поведения, энурез, целый спектр психосоматических заболеваний);

– высокий уровень тревожности, страхи;

– импульсивность;

– задержка психоречевого развития.

Лишение ребенка опыта заботы от постоянного взрослого ведет к тому, что ребенок становится неспособен принимать любовь и любить сам, его жизненные сценарии подчиняются принципу «добрать» любовь любой ценой (например, у разных взрослых, которые для него все «мамы»). Такой ребенок может смотреть на других людей через призму отчуждения, безразличия или обиды и агрессии и, соответственно, реализовывать программы «использования и манипулирования» или «властвования и обесценивания». Он может быть завистливым, чрезмерно критичным к другим, проявлять неблагодарность. Депривация также проявляется в социальной и нравственной дезориентации ребенка, его «психическом отчуждении», негативизме, так как угол зрения ребенка смещен в сторону негативных оценок реальности. Желание только материальных удовольствий является «заместительным удовлетворением», как и вредные привычки, алкоголь и пр., все это попыт-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

ки заполнить пустоту внутри себя. Импульсивность и непереносимость лишений детей-сирот связана с огромным багажом неудовлетворенных потребностей, так что банальный отказ в покупке шоколадки может стать последней каплей и вызвать сильнейший поток негодования.

Современные исследования детей раннего возраста, находящихся в домах ребенка, показывают, что, хотя воспитателям удается не допустить глубоких задержек развития, и на первый взгляд дети производят хорошее впечатление, все же полностью компенсировать проявления материнской депривации в условиях учреждения оказывается невозможно. Воспитанники домов ребенка заметно отличаются от домашних детей отсутствием волевых проявлений и инициативы. Они выглядят как пассивные куклы в руках взрослого, действуют только по определенному указанию. Их волевые акты проявляются лишь в негативном смысле и чрезвычайно скупы. Кроме того, они проявляют безличностное отношение к взрослому. Любая воспитательница, не встречая сопротивлений, может поднять, опустить, накормить, взять из рук или дать в руку игрушку. Попадая на руки, ребенок не смотрит в глаза взрослому, он просто радуется, что попал в объятия, не важно к кому. И хотя на первый взгляд такой ребенок «удобен» и «послушен», в будущем отсутствие воли и пассивность приводят к неумению преодолевать трудности, решать любые, даже простые бытовые задачи, усваивать ценностные нормы и противостоять зависимостям.

Помимо явной материнской депривации, когда мать бросает ребенка (в роддоме или позже), или в ситуациях смерти матери, существует скрытая форма. По сути для детей младенческого и раннего возраста (0-3 года) любое продолжительное отсутствие матери (в том числе эмоциональное отсутствие, когда мать в депрессии или пьет) может оказать сильнейшее депривационное действие. *Скрытая материнская депривация* – это ситуации, в которых нет явной разлуки ребенка с матерью, но есть очевидная недостаточность их отношений. Дэвид П. Селани в своей книге «Иллюзия любви» писал о том, что «подобно тому, как водитель, у которого бензин на исходе, стремится к бензоколонке, ребенок, не имеющий опыта заботы и поддержки, вынужден держаться рядом со своими источниками питания – неполноценными родителями».

Дети, не получившие достаточной заботы в детстве, вынуждены тратить всю свою энергию на «добывание» материнской ласки от своих

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

ли родителей или от других людей, которые для них символизируют родителей. Парадокс заключается в том, что обделенный вниманием ребенок оказывается более привязанным к своей матери, чем тот, который любим и обласкан. Дилемма, с которой приходится сталкиваться обделенному ребенку: чем меньше родительской любви он получает, тем больше в ней нуждается, и эта потребность с годами только возрастает. «Ни один ребенок не выдержит постоянного осознания того, что родитель, в котором он так сильно нуждается, ненавидит его и постоянно отвергает. Единственно возможным решением этой проблемы становится раздельное хранение этих пакетов воспоминаний в своем внутреннем мире». Ребенок расщепляет образ кровных родителей на хороший и плохой. То же он проделывает и с собой, и с окружающими, сознание становится категоричным, объект либо прекрасен, либо отвергается тотально. Так, в ситуации ссоры может казаться, что все то хорошее, что было сделано для ребенка, он не принимает в расчет. Недополученный опыт принятия и удовлетворения потребностей ребенка оставляет его без ресурса интеграции хорошего и плохого в одном человеке. Это станет возможным только после накопления достаточного позитивного опыта, поэтому так важно вкладываться именно в отношения с ребенком.

Обиженный ребенок не может смириться с действительностью, в которой родитель может безо всякого повода выместить на нем свою злость. Чтобы обрести некое ощущение безопасности, ребенок обосновывает наказание своими моральными недостатками, например, неаккуратностью или ленью, которые и стали причиной родительской нелюбви или оскорбления. Зависимым и нуждающимся в любви детям невыносимо признавать, что они живут в непредсказуемом мире, где их никто не любит, где их бьют и унижают просто потому, что им не повезло с родителями. Попытка хоть как-то объяснить и сделать пугающую ситуацию более предсказуемой толкает детей на принятие на себя ответственности за реакции родителя. Ведь если он тому причиной, значит эта ситуация хаоса в его сознании поддается контролю: если он ее запускает, значит, он может и остановить. Трудное поведение приемных детей может быть попыткой создания для себя понятной, предсказуемой ситуации. Таким кривым способом они пытаются получить подтверждение своей ценности, значимости от взрослого, попросить о помощи и поддержке.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Лекция № 7
ДЕТИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1. Понятие ЗПР, механизмы и причины ЗПР.
2. Характеристика психических особенностей детей с ЗПР.
3. Типы детей с ЗПР.
4. Систематика ЗПР.

1. Понятие ЗПР, механизмы и причины ЗПР

Задержка психического развития (ЗПР) – это незрелость психических функций, вызванная замедленным созреванием головного мозга под влиянием неблагоприятных факторов. Понятие ЗПР употребляется по отношению к детям с минимальными органическими повреждениями или функциональной недостаточностью центральной нервной системы, а также длительно находившимся в условиях депривации. Патогенетической основой ЗПР является замедление темпа созревания лобных отделов головного мозга, в норме обеспечивающих уровень развития личности и формирование целенаправленной деятельности. Замедленный темп созревания приводит к частичному нарушению психического развития. О незрелости лобной коры свидетельствует снижение критики, недоучет школьной ситуации, отсутствие выраженного отношения к оценке, незрелость моторики и т. д.

Причины ЗПР. Нарушение темпа развития чаще всего обусловлено: 1) расстройством питания при рано перенесенной дизентерии, при длительной диспепсии и дистрофиях (тяжелых желудочно-кишечных заболеваниях на ранних этапах жизни); 2) внутриутробной патологией; 3) близнецовостью (многоплодием); 4) природовой патологией (асфиксиями, легкими родовыми травмами); 5) недоношенностью; 6) эндокринными, хромосомными нарушениями.

Все эти причины приводят не к грубым органическим изменениям головного мозга (как при олигофрении), а к нарушению его питания, чем и определяется задержка развития. Причиной ЗПР также может стать длительная депривация, в частности пребывание с момента рождения в условиях неблагополучной семьи, дома ребенка, педагогическая запущенность детей с сенсорными дефектами. Симптомы задержки развития частично выступают в раннем и дошкольном возрасте и очень резко проявляются в школьном возрасте, когда ребенок осуществляет переход к сложным и опосредствованным формам деятельности.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А. А. Кулешова

2. Характеристика психических особенностей детей с ЗПР

Физические и моторные особенности. Дети с ЗПР характеризуются малым ростом и весом, по своим физическим особенностям напоминают детей младшего возраста, позже начинают ходить. Характерны недостатки моторики, особенно мелкой, затруднения в координации движений, проявления гиперактивности.

Инфантильные психические особенности. Инфантилизм – первичное нарушение темпа созревания поздно формирующихся мозговых систем (лобных) в результате нарушения трофики. В первую очередь, это замедление развития эмоционально-волевой сферы и личности: эмоциональная незрелость, слабость мотивации поведения, игровой характер интересов, неспособность к волевому усилию, низкий уровень самоконтроля, неумение планировать свою деятельность.

Особенности познавательных процессов. Познавательная деятельность характеризуется низким уровнем активности и замедлением приема и переработки информации. Дети с ЗПР не имеют нарушения отдельных анализаторов, не нарушены абсолютные пороги чувствительности. Тем не менее восприятие детей с ЗПР отличается крайне ограниченным объемом: они выделяют в объекте меньше признаков, чем здоровые дети, с трудом выделяют объект из фона. Дефекты восприятия обнаруживаются также в условиях, затрудняющих восприятие (необычное положение объекта). Память ограничена в объеме и непрочна. Непосредственное запоминание относительно легкого материала такое же, как и у здоровых детей (запоминание знакомых слов, однозначных чисел, элементарного текста). При отсроченном воспроизведении дети с ЗПР быстро забывают то, что ими было выучено. Основным приемом заучивания является многократное механическое повторение, зазубривание. Отстает запоминание сложного материала, требующего понимания, логических приемов переработки (классификации, выделения смысловых опор). Слабее у детей с ЗПР и непроизвольное запоминание (по сравнению с нормально развивающимися сверстниками).

Внимание характеризуется крайней неустойчивостью, слабой концентрацией и распределяемостью, легко отвлекаемо. Поэтому дети быстро утомляются на уроке. Мышление и речь особенно отстают в развитии. Наглядно-действенное мышление развито лучше, чем наглядно-образное и особенно словесно-логическое. Наглядно-действенные задачи дети решают гораздо лучше словесно-логических. К момен-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

ту поступления в школу не сформированы элементарные логические операции: анализ, синтез, сравнение, обобщение. Дети с ЗПР с трудом решают мыслительные задачи, особенно в словесно-логическом плане. Дети с ЗПР затрудняются в определении причинно-следственных отношений между явлениями. Эта особенность проявляется при составлении рассказов по серии сюжетных картинок. Представления бедны, схематичны, недостаточны общие знания. Как правило, дети смешивают понятия «время года» и «месяц», не умеют рассказать об отличительных признаках времен года, часто путают осень и весну как сходные явления. Им легче отличать явления противоположного характера. Неумение выделить существенные признаки предметов и явлений отражается на освоении элементарных общих понятий. Так, предметы мебели называются детьми с ЗПР словом «комната». Часто в качестве обобщающего слова используют наименование одного из представителей группы, употребленное во множественном числе (вместо слова «обувь» говорят «ботинки»). Многие дети с ЗПР знают обобщающие слова «посуда», «мебель», но оперируют ими неправильно, называя словом «мебель» посуду, убранство комнаты, электрическую бытовую технику. Запас видовых понятий у детей с ЗПР меньше, чем у их нормально развивающихся сверстников. Так, дети с ЗПР в среднем могут назвать 5-7 предметов, относящихся к одной группе; нормально развивающиеся дети – 9-13 ее представителей.

Дети с ЗПР позже, чем здоровые дети, начинают говорить. Речь бедна, примитивна. Ребенку требуется много усилий, чтобы пополнить свой активный словарь.

Особенности обучения в школе. Дети стойко не успевают в массовой школе: не усваивают знаний, предусмотренных программой, т. к. не достигли того уровня развития, на который она рассчитана. Не формируется учебная мотивация – дети не хотят учиться. Наблюдается преобладание игровых мотивов и несформированность произвольного поведения. Ведущий вид деятельности – игра. Самоконтроль низкий, дети не умеют планировать деятельность, ориентироваться в задаче, не воспринимают и не выполняют школьных заданий. Уже в 1-м классе начинают осознавать свое отставание от других детей, сравнивая себя с ними. У них складывается отрицательное отношение к школе, учению, что еще больше усугубляет отставание. Формируется чувство неполноценности, т. к. их преследует постоянный неуспех, несмотря на старание.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Затруднения в обучении появляются из-за незрелости сложных форм поведения и целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, утомляемости, нарушения работоспособности. Трудности учебной деятельности детей с ЗПР связаны с необходимостью перестройки мотивов деятельности – смены игровых мотивов ориентацией на указания учителя, его требования. Трудности связаны также с необходимостью совершать действия, не имеющие смысла вне целостной деятельности и являющиеся подготовкой к овладению какими-то новыми умениями и навыками – раздельное проговаривание звуков слова, написание палочек и крючков.

У некоторых детей с ЗПР в основе их дефекта лежит ММД (минимальная мозговая дисфункция), следствием которой является гиперподвижность ребенка. Прежде всего, гипердинамический синдром проявляется у детей, перенесших гипоксию, и у недоношенных детей. Основные признаки наиболее ярко проявляются в начальной школе и сглаживаются к подростковому возрасту. Характерна повышенная двигательная активность, невозможность на длительное время сосредоточиться на чем-то одном, легкая отвлекаемость, быстрая смена настроений. Часто встречаются речевые нарушения, неразвитость мелкой моторики (трудности в самообслуживании, в овладении письмом), неловкость. Дети повышенно возбудимы, двигательно беспокойны, часто драчливы, агрессивны, импульсивны, сон поверхностный. Гипердинамичные дети крайне неусидчивы, находятся в постоянном движении. При этом их деятельность нецеленаправленна, ни одно дело не доводится до конца.

3. Типы детей с ЗПР

Систематика Т. А. Власовой – М. С. Певзнер.

1. *Психический и психофизический инфантилизм.* Это эмоционально незрелые дети. Они приветливы, общительны, повышенно оживлены, крайне внушаемы, подражательны, но эмоции поверхностны и неустойчивы. В данном случае ЗПР первична и связана с вредным воздействием на ЦНС в период беременности. Достигнув школьного возраста, такие дети продолжают оставаться в кругу дошкольных игровых интересов: не могут включиться в школьную деятельность, фиксироваться на ней, выполнять отдельные школьные задания, не проявляют интереса к ним. Во время занятий дети вялы, апатичны, непродуктивны.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А. А. Кулешова

Зато в игре оживлены, инициативны, эмоционально заинтересованы. Могут выполнять лишь те задания, которые связаны с их интересами и игрой; выполнение же заданий, требующих сложных видов произвольной деятельности, для них непосильно. С трудом формируется чувство долга, ответственности, критичности к своему поведению.

Для них характерна интеллектуальная сохранность: понимают смысл доступной их возрасту сказки или рассказа, сюжет картинки. Могут разложить серию картинок в должной последовательности и составить по ним рассказ. Умеют использовать помощь взрослого при выполнении того или иного смыслового задания. Иногда отмечается раздражительность, повышенная возбудимость, двигательное беспокойство, неусидчивость либо вялость и пассивность. У некоторых детей наблюдаются головные боли, сниженный аппетит, нарушения сна. Если таким детям не обеспечивается индивидуальный подход, учитывающий их психические особенности, и не оказывается необходимая помощь в школе и дома при затруднениях в обучении, возникает педагогическая запущенность, усугубляющая эти затруднения. Своевременно и правильно оказанная помощь приводит к полной обратимости этих состояний.

2. *Астенические состояния (длительно текущие).* Это состояние повышенной утомляемости, истощаемости, утраты способности к длительному физическому и умственному напряжению. Астенические состояния снижают темп психического развития ребенка из-за пониженной работоспособности, быстрого выключения из деятельности, колебаний внимания. Обучению также мешают либо вялость, пассивность, заторможенность ребенка, либо возбудимость, неуравновешенность, двигательное беспокойство, суетливость, раздражительность. При астенических состояниях ЗПР так же, как и при психическом инфантилизме, носит первичный характер. При первично сохранном интеллекте постепенно проявляются нарушения интеллектуальной деятельности. У детей с астеническими состояниями затруднен процесс овладения чтением, письмом, счетом.

При чтении часто теряют строку, не выделяют предложений, читают по догадке, не делают смысловых ударений. При письме пропускают буквы, слоги, слова, переставляют буквы, не дописывают буквы и слова, соединяют несколько слов в одно. При обучении арифметике часто не овладевают понятием числа, приемами устного счета, плохо

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

запоминают таблицу умножения; не удерживают в уме условия задачи, теряя ее отдельные элементы. Психический инфантилизм и астенические состояния являются наиболее легкими формами ЗПР. У этих детей нарушен темп формирования эмоционально-волевой регуляции и на этой основе возникает малая работоспособность, быстрая истощаемость, неустойчивость памяти и внимания, отрицательно влияющие на обучаемость. Дети с легкими формами ЗПР могут выравниваться в условиях массовой школы, но при индивидуальной педагогической помощи. После обучения в классах выравнивания (не более 3 лет) должны переходить в обычные классы. В обучение этих детей вводятся игровые элементы и яркий наглядный материал. Занятия должны быть разнообразными, эмоционально насыщенными, а объем заданий – уменьшенным.

3. *Церебрально-органическая форма ЗПР.* Этот вид ЗПР является более стойким, наиболее тяжелым и распространенным; изначально несет в себе недостаточность, дефектность познавательной деятельности, поскольку имеет органическую природу. Органические повреждения ЦНС носят мозаичный характер в отличие от умственной отсталости, которая характеризуется тотальным недоразвитием мозговых структур. Причинами могут быть: травмы беременной и плода, тяжелые интоксикации и токсикозы, несовместимость крови матери и плода по группе и резус-фактору; врожденные болезни плода, например, сифилис; недоношенность, асфиксия, родовые травмы; ранние (в первые 1–2 года) постнатальные заболевания – дистрофирующие инфекционные заболевания, мозговые травмы. Нарушения познавательной деятельности – слабость памяти, внимания, подвижности психических процессов – связаны с дефицитностью отдельных корковых функций. Кроме нарушения интеллектуальных функций, наблюдаются ущербность эмоционально-волевой сферы и физическая незрелость.

Эта форма ЗПР граничит с дебильностью, хотя возможности усвоения нового несколько выше, чем у детей-олигофренов. Возникает необходимость дифференциации названных состояний. Дети с церебрально-органической формой ЗПР любознательны, интересуются окружающим, задают вопросы, умеют быстро ориентироваться в окружающей обстановке, легко завязывают новые контакты, наблюдательны. Они проявляют интерес к обследованию, заинтересованы в хорошей оценке, используют помощь исследователя, переносят опыт

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

выполнения одного задания на выполнение другого. Тем не менее обучаемость значительно снижена, и в условиях массовой школы дети являются практически необучаемыми. Рекомендуется обучение в специальных классах и школах с облегченной программой для детей с ЗПР. Нуждаются в более сложном лечении и более сложной педагогической коррекции, чем дети с легкими формами ЗПР. По мнению некоторых авторов (И. А. Юркова, Н. Я. Семаго, М. М. Семаго), этот вариант отклоняющегося развития не может быть отнесен к ЗПР, поскольку не имеет временного характера, и даже в условиях массированного коррекционного воздействия и медикаментозной поддержки не ведет к выравниванию, достижению нормы. Дети с данным видом аномалии не «догоняют» своих сверстников ни после окончания начальной школы, ни позже.

Систематика К. С. Лебединской.

1. *ЗПР конституционного происхождения.* Соответствует психическому инфантилизму по классификации Власовой – Певзнер; обусловлена задержкой формирования лобных систем, с которыми связаны высшие специфические человеческие формы поведения и деятельности. Эмоционально-волевая сфера этих детей находится на более ранней ступени развития. Преобладает эмоциональная мотивация поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости. Отсутствует чувство долга и ответственности.

Проявляется небрежное отношение к обучению, недостаточная критичность; не сформированы школьные интересы. Дети не понимают школьной ситуации, не умеют фиксироваться на выполнении школьных заданий. Они не умеют удерживать инструкцию, им недостает контроля. Моторный инфантилизм проявляется в двигательной расторможенности, недостаточной координации движений, особенно при осуществлении письма, рисования, ручного труда. Затруднения в обучении связаны с незрелостью мотивационной сферы и личности в целом, преобладанием игровых интересов. Вялость и непродуктивность проявляются только в учебной деятельности, но не в играх. Эмоционально-волевая незрелость часто сочетается с инфантильным типом телосложения. Происхождение этой формы в основном врожденное.

2. *ЗПР соматогенного происхождения.* Задержка обусловлена длительной соматической недостаточностью различного генеза: хро-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

ническими инфекциями, аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками соматической сферы, в первую очередь, сердца. В данном случае в замедлении темпа психического развития значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей и общий психический тонус.

3. *ЗПР психогенного происхождения.* Этот тип связан с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. Неблагоприятные средовые условия, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к стойким сдвигам его нервно-психической сферы (вегетативных функций и эмоционального развития). В результате наблюдается аномальное, патологическое развитие личности. Этот тип ЗПР следует отличать от явлений педагогической запущенности, которые не представляют собой патологию, а заключаются в дефиците знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации. ЗПР психогенного происхождения имеет три варианта:

а) аномальное развитие личности по типу психической неустойчивости. Чаще всего обусловлено явлениями гипоопеки. Ребенок безнадзорен, у него не воспитывается чувство долга и ответственности, формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется и развитие познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок. Патологическая незрелость эмоционально-волевой сферы проявляется в виде аффективной лабильности, импульсивности, повышенной внушаемости и сочетается с недостаточным уровнем знаний и представлений, необходимых для школьного обучения;

б) аномальное развитие личности по типу кумира семьи обусловлено гиперопекой – ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности. Характерны малая способность к усилию, черты эгоизма и эгоцентризма, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку;

в) аномальное развитие личности по невротическому типу. В семьях, где существуют грубость, жестокость, деспотичность, агрессия, формируется личность боязливая, недостаточно самостоятельная, нерешительная, с малой активностью и инициативностью (в этом проявляется эмоциональная незрелость). Неблагоприятные условия воспитания приводят к задержке и познавательной деятельности.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

4. *ЗПР церебрально-органического происхождения.* Соответствует типу, выделенному Власовой–Певзнер. Встречается чаще других вышеописанных типов, обладает большой стойкостью и выраженностью нарушений в эмоционально-волевой сфере и познавательной деятельности. Имеется негрубая органическая недостаточность нервной системы, чаще остаточного характера. Наблюдается задержка физического развития, общая гипотрофия. Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом – у детей отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций. Дети слабо заинтересованы в оценке, у них низкий уровень притязаний. Игровая деятельность характеризуется бедностью воображения и творчества, определенным однообразием, преобладанием двигательной расторможенности. Органический инфантилизм проявляется в одной из двух форм:

а) неустойчивый органический инфантилизм. Характерны психомоторная расторможенность, эйфорический оттенок настроения, импульсивность, малая способность к волевому усилию и систематической деятельности, повышенная внушаемость, отсутствие стойких привязанностей;

б) тормозимый органический инфантилизм. Преобладает пониженный фон настроения, нерешительность, безынициативность, боязливость.

Нарушения познавательной деятельности заключаются в неустойчивости внимания, инертности психических процессов, медлительности и пониженной переключаемости, недостаточном развитии фонематического слуха, зрительного и тактильного восприятия, оптико-пространственного синтеза, моторной и сенсорной сторон речи, недостаточности долговременной и кратковременной памяти, зрительно-моторной координации, автоматизации движений и действий. Наблюдаются плохая ориентировка в «правом-левом», явления зеркальности в письме, затруднения в дифференцировке сходных фонем. Удовлетворительно разбираются в конкретно-наглядном материале, но уровень процессов обобщения и отвлечения низкий. Отсутствует интерес к целенаправленной деятельности, дети не любят самостоятельно, без понуждения учителя работать. Дети с ЗПР церебрально-органического генеза направляются в специальные школы, в которых лечение сочетается с педагогической коррекцией в отличие от ЗПР конститу-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

ционного, соматогенного и психогенного генеза, которые могут быть компенсированы в условиях массовой школы при индивидуальном педагогическом подходе.

У детей с церебрально-органической ЗПР наблюдается ряд расстройств. Во-первых, это церебрастенические явления. В отличие от астении, имеющей соматическое происхождение, церебрастения имеет церебрально-органическое происхождение. Проявляется в нарушении интеллектуальной работоспособности, утомлении памяти, внимания. Это также эмоциональные расстройства: ранимость, тормозимость, слезливость (чаще у девочек), раздражительность, возбудимость (чаще у мальчиков), склонность к немотивированному понижению настроения. Наблюдаются явления вегетативной дистонии: повышенная чувствительность к шуму, яркому свету, жаре, нарушения сна и аппетита, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, головные боли. Относительно спокойные с утра, к вечеру дети становятся возбудимыми и расторможенными.

Во-вторых, это неврозоподобные явления: тревожность, склонность к страхам, навязчивые движения, неврозоподобные заикание и энурез.

В-третьих, наблюдается синдром психомоторной возбудимости (чаще у мальчиков) – аффективная и двигательная расторможенность, суетливость, отвлекаемость.

В-четвертых, отмечаются аффективные нарушения – немотивированные колебания настроения. Они могут протекать в виде дисфории (пониженного настроения со злобностью, недоверчивостью, склонностью к агрессивным разрядам) либо в виде эйфории (повышенного настроения с элементами дурашливости, назойливости, бесцельной суетливости).

В-пятых, наблюдаются психопатоподобные нарушения: сочетание двигательной расторможенности, аффективной неустойчивости, снижения интереса к интеллектуальной деятельности с отрицательным отношением к учебе. Иногда это расторможенность влечений – склонность к побегам, воровству, лживости, онанизму.

В-шестых, могут возникать эпилептиформные нарушения – судорожные припадки. И, наконец, у детей с церебрально-органической формой ЗПР могут наблюдаться апатико-динамические расстройства: снижение инициативы и побуждений в интеллектуальной деятельности, выраженные эмоциональная вялость и двигательная заторможенность.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Лекция № 8
ДЕТИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

1. Понятие и причины умственной отсталости.
2. Олигофрения и деменция.
3. Степени и формы олигофрении.
4. Характеристика детей с умственной отсталостью.
5. Психическое развитие умственно отсталых детей в соответствии с возрастными этапами.

1. Понятие и причины умственной отсталости

Умственная отсталость – стойкое снижение познавательной деятельности ребенка вследствие органического поражения ЦНС. Характерной особенностью дефекта при умственной отсталости является нарушение высших психических функций – отражения и регуляции поведения и деятельности. Это выражается в нарушении познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, моторики, личности в целом.

Основную часть детей с умственной отсталостью составляют дети-олигофрены. *Олигофрения* – форма умственной отсталости, возникающая до развития речи у ребенка. Это группа различных по происхождению и течению болезненных состояний, проявляющихся в общем недоразвитии психики вследствие наследственно обусловленной неполноценности мозга или органического поражения его на ранних этапах онтогенеза (внутриутробно или в первые 3 года жизни). Дети практически здоровы, но при этом наблюдается стойкое недоразвитие психики, которое проявляется не только в отставании от нормы, но и в глубоком ее своеобразии. Олигофрены способны к развитию, но оно осуществляется замедленно, атипично.

Причины олигофрении: а) инфекционные заболевания матери в период беременности (вирусные: краснуха, свинка, корь, ветряная оспа, грипп, болезнь Боткина); б) паразитарные заболевания (токсоплазмоз); в) родовые травмы, асфиксии; г) патологическая наследственность (венерические заболевания или умственная отсталость родителей, микроцефалия); д) нарушения хромосомного набора (болезнь Дауна, синдром Кляйнфельтера, Шерешевского – Тернера); е) нарушения эндокринной системы (сахарный диабет, фенилкетонурия); ж) несовместимость матери и плода по резус-фактору; з) алкоголизм и курение матери;

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

и) интоксикация лекарственными препаратами – некоторыми антибиотиками, рядом нейролептических и противосудорожных препаратов, гормонами, плодоизгоняющими средствами.

В период после родов умственная отсталость может быть вызвана нейроинфекциями – менингитом, менингоэнцефалитом, параинфекционным энцефалитом. Реже ее причиной могут стать черепно-мозговые травмы, интоксикации. Все эти факторы воздействуют на нервную систему в период ее закладки, формирования, интенсивной дифференциации и миелинизации, т.е. во время родов, в первые месяцы и годы жизни.

2. Олигофрения и деменция

Помимо олигофрении, умственная отсталость включает в себя и состояние деменции. *Деменция (слабоумие)* – стойкий ущерб или прогрессирующий распад уже развитого до определенной степени интеллекта, памяти, критики, эмоционально-волевой сферы в результате органического поражения головного мозга. Возникает после трех лет. Деменция может возникнуть вследствие шизофрении, эпилепсии, черепно-мозговых травм, менингоэнцефалита, заболеваний обмена веществ.

Более или менее выраженная деменция сопровождает такое прогрессирующее заболевание как мукополисахаридоз. Это наследственное заболевание, связанное с аномалиями хромосом и выражающееся в нерасщеплении мукополисахаридов (крахмал в хлебе и картофеле) из-за нехватки ферментов. Недостаток глюкозы приводит к недостаточному питанию мозга. Другим таким заболеванием является нейролипидоз – утрата нейронами своих функций из-за нарушения обмена веществ в миелиновой оболочке по причине нехватки ферментов. Это также хромосомное заболевание.

Между олигофренией и деменцией существует ряд отличий. Во-первых, деменция отличается от олигофрении тем, что интеллектуальная недостаточность возникает на более поздних этапах жизни (после развития речи), т. е. после 3 лет, когда большая часть мозговых структур уже сформирована и психика ребенка уже достигла определенного уровня развития. Распад психики при деменции прогрессирует после некоторого периода нормального развития ребенка. Во-вторых, олигофрения отличается от деменции непрогрессивным, прогредиентным

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

(стабильным) характером интеллектуальной недостаточности. То есть, проявившись в детстве, в дальнейшем олигофрения не прогрессирует. Полностью развитие ребенка не тормозится, хотя его темп и существенно замедлен. Отсутствует нарастание интеллектуального дефекта. Развитие ребенка-олигофрена подчиняется тем же закономерностям, что и развитие здоровых детей.

В-третьих, структура интеллектуальной недостаточности при деменции отличается неравномерностью различных познавательных функций в отличие от олигофрении. Наряду с выраженными нарушениями в одних областях мозга может наблюдаться большая или меньшая сохранность других его отделов. Для олигофрении характерно тотальное недоразвитие всех нервно-психических функций – моторики, речи, восприятия, памяти, внимания, эмоций, произвольных форм поведения, абстрактного мышления. В раннем возрасте (до трех лет) разграничить олигофрению и деменцию очень сложно, т. к. любые повреждения мозга, приводящие к распаду и утрате ранее приобретенных психических функций, обязательно сопровождаются отставанием психического развития в целом. Поэтому интеллектуальный дефект, вызванный прогрессирующими органическими заболеваниями мозга, эпилепсией, шизофренией, начавшимися в первые годы жизни, имеет сложную структуру, включает как отдельные черты деменции, так и олигофрении (олигофренический плюс).

Деменция проявляется в виде утраты поздно приобретенных навыков. Если деменция возникает в 3 года, то, прежде всего, теряется речь, пропадают навыки опрятности, самообслуживания. Затем могут утрачиваться и ранее приобретенные навыки (ходьба, чувство привязанности к близким). Характерным признаком начала деменции становится появление нецеленаправленного (полевого) поведения, общая двигательная расторможенность, аффективная возбудимость, некритичность, немотивированно повышенный фон настроения.

При начале заболевания в старшем дошкольном возрасте наиболее выражено искажение игровой деятельности. Игра становится стереотипной, однообразной. Если деменция начинается в младшем школьном возрасте, то довольно долго наблюдаются сохранная речь и учебные навыки. Но зато резко снижается интеллектуальная работоспособность и учебная деятельность в целом, изменяется поведение. При поражении головного мозга в школьном возрасте выявляется контраст между нали-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

чием знаний и навыков, приобретенных до заболевания, и его познавательными возможностями, обнаруживаемыми во время обследования. Обращает на себя внимание фонетически, грамматически и синтаксически правильная речь с удовлетворительным запасом слов, владение рядом бытовых и школьных навыков, техника чтения и письма, т. е. запас некоторых знаний, усвоенных в школе. Наряду с преобладанием элементарных, предметно-конкретных суждений можно услышать полноценные обобщения, отражающие уровень интеллектуального развития ребенка до заболевания. Но ущерб, нанесенный заболеванием, не только препятствует приобретению новых знаний, но и лишает ребенка возможности использовать приобретенные ранее сведения.

Продуктивность мышления снижается и в связи с неустойчивостью, трудностью концентрации внимания, ухудшением памяти, повышенной истощенностью. Интеллектуальное снижение почти всегда сочетается с выраженными аффективными расстройствами и снижением психической активности. Степень и темп деградации личности обычно опережает интеллектуальное снижение. С течением времени круг интересов все более суживается, стимулы деятельности угасают. Сохраняется лишь стремление к удовлетворению элементарных потребностей, но иногда и оно ослабевает и остается только апатическое состояние.

Различают резидуальную органическую деменцию, когда нарушения интеллекта представляют собой остаточные явления поражения головного мозга, и прогрессирующую органическую деменцию, вызванную текущим органическим патологическим процессом в головном мозге. При второй явления интеллектуального распада постоянно нарастают.

Умственная отсталость имеет в своей основе ряд анатомических изменений головного мозга, а именно: малые размеры головного мозга, недоразвитие отдельных его частей (чаще лобных), отклонение от нормы размеров и числа извилин (утолщенные и малочисленные извилины или слишком мелкие, резко извитые), нарушение строения коры больших полушарий головного мозга (уменьшение корковых слоев, неправильное расположение нейронов по слоям, их малочисленность). Характерно слабое развитие ассоциативных волокон. Анатомические изменения могут выражаться в утолщении оболочек мозга, сращении оболочки с мозговой тканью, образовании склеротических очагов, атрофии нейронов. Аномалиям мозга часто сопутствуют аномалии

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

строения черепа: микроцефалия (уменьшенный размер), башенный череп, раннее заращение швов и др. Имеются пороки развития других органов – врожденные пороки сердца, сужение мочеточника, аномалии желез внутренней секреции.

Высшая нервная деятельность при олигофрении также имеет свои особенности: нарушается подвижность и сбалансированность нервных процессов, временные связи становятся инертными. Характерна слабость замыкательной функции коры головного мозга: затруднена выработка новых условно-рефлекторных связей, без достаточного подкрепления они быстро исчезают. Это объясняется слабостью процессов возбуждения из-за нарушения функционального состояния нейронов. В то же время старые связи отличаются инертностью, косностью, трудностями перестройки. Для высшей нервной деятельности характерны трудности в выработке дифференцировок, неспособность к быстрому и точному отличию одного явления от другого. Дифференциальные связи формируются очень медленно, быстро и легко угасают. Характерна склонность к частому охранительному торможению как следствие ухудшения функционального состояния нейронов коры головного мозга, что снижает возможности обучения, умственной работоспособности, формирования новых навыков. При этом активное внутреннее торможение ослаблено.

Нарушено развитие второй сигнальной системы, взаимодействие первой и второй сигнальных систем, в процессе овладения учебными навыками умственно отсталые дети опираются в большей степени на наглядный показ и восприятие, чем на словесные инструкции. Недоразвита аналитико-синтетическая функция высшей нервной деятельности. У умственно отсталых детей с опозданием тормозится ряд безусловных рефлексов, так, сосательный и хватательный рефлексы угасают к 2–3 годам, а у некоторых детей-идиотов они сохраняются всю жизнь. Все это создает основу для аномального психического развития ребенка.

3. Степени и формы олигофрении

Распространенность олигофрении в разных странах равняется 0,7–3%. Из них: идиотия – 4–5%, имбецильность – 18–19%, дебильность – 76–78%.

Идиотия – наиболее тяжелая степень умственной отсталости. Диагностика возможна уже на первом году жизни. Речь и мышление

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

полностью не развиты. Дети не владеют даже элементарными навыками самообслуживания, их не удается приучить к элементарной опрятности. Могут не различать вкусовых качеств, и поэтому сосут и жуют несъедобные предметы. Движения плохо координируются, поэтому с трудом овладевают ходьбой или ведут лежачий образ жизни; преобладают бесцельные двигательные стереотипии, например, раскачивания. Недоступна осмыслению даже игровая деятельность. Эмоции отражают удовлетворение или неудовлетворение органических потребностей, выражаясь нечленораздельными криками, визгами и хаотичным возбуждением. Прогресс в интеллектуальном развитии невозможен. Осмысление окружающего и собственной личности отсутствует или смутно. Дети-идиоты обучению не подлежат. При меньшей тяжести идиотии дети могут ходить, обслуживать себя, говорить.

Дети-идиоты нуждаются в постоянной помощи и надзоре. Содержатся в учреждениях Министерства социальной защиты, по достижении 18 лет переводятся в интернаты для психохроников. Активность ограничивается инстинктивными действиями. Однако дети с тяжелой умственной отсталостью так же, как и остальные, способны развиваться. Они могут научиться частично обслуживать себя, овладеть навыками общения (речевым или безречевыми), расширять свои представления об окружающем мире. Коэффициент интеллекта – 0-35 баллов.

Имбецильность – средняя по глубине степень умственной отсталости. При этой форме поражены как кора больших полушарий головного мозга, так и нижележащие образования. Это нарушение выявляется в ранние периоды развития ребенка. В младенческом возрасте такие дети начинают позже держать голову (к 4–6 месяцам и позже), самостоятельно переворачиваться, сидеть. Овладевают ходьбой после трех лет. У них практически отсутствуют гуление, лепет, не формируется комплекс оживления. При умеренной имбецильности дети могут произносить короткие, простые фразы, понимают несложную по смыслу речь. Запас знаний крайне ограничен, дети не способны к самостоятельному понятийному мышлению. Имеющиеся понятия носят конкретный бытовой характер, диапазон которых очень узок. Мышление осуществляется в представлениях.

При правильном воспитании удается привить элементарные навыки несложного труда и самообслуживания (мыть посуду, подметать пол и т. п.). Могут выполнять простую физическую работу при постоянном

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

контроле и понуждении (чувство долга и ответственности не развито). Способность самостоятельно ориентироваться в жизни ограничена, имбецилы нуждаются в постоянной опеке. Обладают определенными возможностями в овладении речью, но наличие грубых дефектов восприятия, памяти, мышления, коммуникативной функции речи, моторики, эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически не обучаемыми даже во вспомогательной школе. Словарный запас может достигать нескольких сотен слов. При этом речь носит подражательный характер, ее содержание не осмысливается, самостоятельный рассказ отсутствует. Накапливаемый запас сведений является непрочным, неосмысленным. Дети-имбецилы могут овладеть элементами письма, чтения, счета в пределах 20, но абстрактный счет остается недоступным. Являются недееспособными. До достижения 18 лет так же, как и идиоты, находятся в специальных детских домах для глубоко умственно отсталых. В последние годы установлено, что часть детей-имбецилов способна овладевать определенными знаниями, умениями и навыками в объеме специально разработанной для них программы. Будучи взрослыми, они способны брать на дом работу, не требующую квалифицированного труда (склеивание коробок, конвертов). Практика показала, что лица с умеренной степенью умственной отсталости прекрасно справляются с сельскохозяйственным трудом, который доставляет им радость, давая возможность самореализоваться.

Эмоциональная жизнь: испытывают привязанность к близким, у них развито чувство стыда, обидчивость, злопамятность, они способны реагировать на похвалу и порицание. При умеренной имбецильности коэффициент интеллекта – 35-49 баллов.

Дебильность – легкая степень умственной отсталости. Дебилы обучаются во вспомогательной школе. После 5 лет в достаточной степени овладевают речью. Большинство достигает полной независимости в уходе за собой. Овладевают несложной профессией и впоследствии ведут самостоятельную жизнь. За 9 лет обучения в школе усваивают материал, приблизительно соответствующий программе начальной общеобразовательной школы (умение читать, писать, простой счет). Соматические нарушения, общая физическая ослабленность, нарушения моторики, особенности эмоционально-волевой сферы и т.п. ограничивают круг их профессионально-трудовой деятельности. В зрелом возрасте многие работают на несложных работах и даже вступают в брак. Эти люди дее-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

способны, поэтому общество признает их способными отвечать за свои поступки перед законом, нести воинскую повинность, наследовать имущество, участвовать в выборах и т. д. Характерны конкретность, шаблонность, стереотипность мышления и поведения, неумение выделять существенные признаки, слабость критики своих поступков.

Способность с 16–18 лет систематически работать на производстве служит критерием удовлетворительной социальной адаптации. Работа в коллективе, получение заработка служат для дебилов доказательством успешности их труда и стимулом для дальнейших усилий, позволяют им чувствовать себя такими, «как все». В условиях чрезмерной опеки со стороны родителей, когда ребенку не прививаются навыки самообслуживания и труда, потенциальные возможности социальной адаптации ребенка в должной мере не используются. Преодолению жизненной неопытности дебильного ребенка способствует воспитание родителями у него способности принимать самостоятельные решения.

Степень социальной адаптации определяется характером поведения: она снижается в случаях повышенной возбудимости, агрессивности. Высокая внушаемость, неспособность оценить отношения между людьми делает их нередко жертвой злонамеренных элементов, вовлекающих их в преступные действия. Низкий уровень моральных задержек ведет к расторможенности сексуальных влечений, а у женщин – к частым внебрачным связям и беременностям. Отмечается также склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, бродяжничеству. Коэффициент интеллекта – от 50 до 70 баллов.

Классификация клинических форм олигофрении по М. С. Певзнеру

Основная форма. Характеризуется диффузным, но относительно поверхностным поражением коры больших полушарий головного мозга при сохранности подкорковых структур и ликвообращения. Не нарушены грубо деятельность анализаторов, эмоционально-волевая сфера, двигательная сфера, речь. Характерно недоразвитие всей познавательной деятельности. Дети с основной формой олигофрении часто не осознают поставленной перед ними задачи и заменяют ее решение другими видами деятельности. Они не понимают основного смысла сюжетной картины, не могут установить систему связей в серии последовательных картинок или понять рассказ со скрытым смыслом. Им свойственен низкий уровень абстрактного мышления, инертность и тугоподвижность мышления, что является основным симптомом.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А. А. Кулешова

Олигофрения с выраженными нейродинамическими нарушениями. Этот диагноз относится к быстро возбудимым, расторможенным, недисциплинированным детям с резко сниженной работоспособностью или к детям крайне вялым и заторможенным. Причиной подобных состояний является нарушение равновесия между нервными процессами. Трудности в школьном обучении этих детей связаны с плохой фиксацией на задании.

Олигофрения в сочетании с нарушенной речью. Характерно сочетание диффузного поражения всей коры с более глубоким поражением в области речевых зон левого полушария. Выражена апраксия губ и языка; в дальнейшем страдает и сенсорная сторона речи. Дети не различают фонемы, не могут выделить отдельные звуки из плавной речи, поскольку стойко нарушено фонематическое восприятие. Нарушен звукобуквенный анализ, что затрудняет овладение грамотой.

Олигофрения с нарушением пространственного восприятия. Диффузное поражение коры больших полушарий головного мозга сочетается с локальным поражением в теменно-затылочной области левого полушария. Нарушение пространственного восприятия затрудняет процесс овладения представлением о числе; трудности возникают даже при освоении простейших счетных операций.

Олигофрения с недоразвитием личности в целом. У детей резко изменена вся система потребностей и мотивов, имеются патологические наклонности. Диффузное поражение коры больших полушарий головного мозга сочетается с преимущественным недоразвитием лобных долей. Характерно грубое нарушение моторики: движения неуклюжи, неловки, дети не могут себя обслужить. Резко изменена походка (апраксия ходьбы). Движения плохо автоматизированы; дети могут выполнять движения спонтанно, но не могут выполнять их по инструкции. Изменения в поведении выражаются в некритичности, неадекватном оценивании ситуации, в отсутствии застенчивости, обидчивости, а также стойких мотивов. Сохранены моторная и сенсорная стороны речи, но значительно нарушена регулирующая ее функция. Детям свойственна склонность к подражанию речи взрослых в форме резонерства.

Сочетание общего интеллектуального недоразвития с выраженными психопатическими формами поведения. Это грубые, недисциплинированные дети с патологическими влечениями. Они не умеют регулировать свое поведение общепринятыми морально-этическими

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

нормами. Диффузное поражение коры головного мозга сочетается у них с наличием подкорковых очагов, что подтверждает ЭЭГ.

Отмечены и более резкие формы олигофрении: олигофрения, осложненная гидроцефалией, олигофрения при врожденном сифилисе, олигофрения при фенилкетонурии.

4. Характеристика детей с умственной отсталостью

Недоразвитие познавательных процессов. Дети с умственной отсталостью меньше, чем их нормально развивающиеся сверстники, испытывают потребность в познании. Известный исследователь Э. Сеген говорил: олигофрен ничего не знает, не может и не хочет. Их опыт крайне беден. Они имеют неполное, иногда искаженное представление об окружающей действительности. Новый материал усваивается только после многочисленных повторений.

Восприятие часто страдает из-за снижения слуха, зрения, недоразвития речи. Но и в случае сохранности анализаторов нарушена обобщенность восприятия. Восприятие характеризуется замедленным темпом – требуется больше времени, чтобы воспринять картинку, текст. Из-за умственного недоразвития с трудом выделяют главное, не понимают внутренних связей между частями, персонажами. Восприятие недостаточно дифференцировано. При обучении это проявляется в том, что учащиеся часто путают графически сходные буквы, цифры, предметы, сходные по звучанию звуки, слова и т. п.

Характерна узость объема восприятия. Умственно отсталые дети выхватывают отдельные части в обозреваемом объекте, в прослушанном тексте, не видя и не слыша иногда важный для общего понимания материал. Нарушена избирательность восприятия, оно недостаточно активно; пассивность восприятия заключается в том, что дети не умеют вглядываться, не умеют самостоятельно рассматривать картинку, им требуется постоянное понуждение. Поэтому снижается возможность дальнейшего понимания материала. Восприятием умственно отсталого ребенка необходимо управлять; в учебной деятельности это приводит к тому, что дети без стимулирующих вопросов педагога не могут выполнить доступное их пониманию задание. Умственно отсталые дети испытывают трудности восприятия пространства и времени, что мешает ориентироваться в окружающем. Часто даже в 8–9 лет не различают правую и левую стороны, не могут найти свой класс, туалет, столовую

Электронный архив библиотеки МГУ имени А. А. Кулешова

в школе; ошибаются при определении времени на часах, дней недели, времен года. Дети плохо распознают отношения событий во времени и пространстве; понятия «раньше», «позже», «правее», «левее» улавливаются ими с трудом. Умственно отсталые дети значительно позже своих нормально развивающихся сверстников начинают различать цвета; особую трудность представляет различение оттенков цвета.

Мышление. Мыслительные процессы тугоподвижны и инертны. Абстрактное мышление не развивается вообще, дети остаются на уровне конкретных понятий. Понятия чаще обобщают несущественные признаки предметов и явлений. Большую трудность представляет понимание отвлеченных связей, не основывающихся на непосредственном восприятии, а также последовательности событий. Дети не понимают причинно-следственных связей между предметами и явлениями, им доступно понимание связей между явлениями, основанное на наглядном опыте. Слабость логического мышления проявляется в низком уровне развития обобщения и сравнения предметов и явлений по существенным признакам, в невозможности понимания переносного смысла пословиц и метафор, в неумении оперировать родовыми и видовыми понятиями.

Все мыслительные операции недостаточно сформированы и имеют своеобразные черты. Анализ проводят бессистемно, пропускают ряд важных свойств, вычленяя лишь наиболее заметные части, затрудняются определить связи между частями предмета. Из-за несовершенства анализа затруднен синтез предметов. Выделяя в них отдельные части, дети не устанавливают связи между ними, а, следовательно, затрудняются составить представление о предмете в целом. Не умея выделить главное в предметах и явлениях, проводят сравнение по несущественным признакам, а часто – по несоотносимым. Затрудняются устанавливать различия в сходных предметах и общее – в отличающихся. Например, сравнивая ручку и карандаш, говорят: «Похожи тем, что длинные, и еще у них кожа одинаковая». Обычное задание для младших школьников – сравнить два сходных предмета по величине, объему, весу – дебильным ребенком не выполняется. Для того чтобы добиться положительного результата, нужно оба предмета дать ему в руки, приложив их один к другому. Легче воспринимают сходство предметов, чем их различие в силу слабости дифференцировочного торможения. Прежде всего усваивают сходные и наиболее конкретные признаки предметов,

Электронный архив библиотеки МГУ имени А. А. Кулешова

например, их назначение. Чтобы перейти от такого наглядно-действенного обучения к наглядно-образному, оперирующему не самими предметами, а представлениями о них, требуется несколько лет.

Мышлению умственно отсталых детей свойственна некритичность, невозможность самостоятельно оценить свою работу; они часто не замечают своих ошибок. Особенно ярко это проявляется у имбецилов – они не понимают своих неудач, довольны собой, своей работой. Детям с умственной отсталостью присуща слабая регулирующая роль мышления: обычно начинают выполнять работу, не дослушав инструкции, не поняв цели задания, без внутреннего плана действия, при слабом самоконтроле. Решая задачу, дети часто подменяют ее нецеленаправленной манипуляцией исходными данными. Темп мышления замедлен, отсутствует возможность переноса усвоенного способа действия в новые условия. Недоразвитие мышления сказывается на развитии других познавательных процессов. Из-за нарушения аналитико-синтетической деятельности мозга в восприятии, внимании, памяти страдают функции обобщения и отвлечения. В эмоционально-волевой сфере это проявляется в недостаточности сложных эмоций и произвольных форм поведения.

Память. Дети с умственной отсталостью лучше запоминают внешние, иногда случайные, зрительно воспринимаемые признаки. Труднее осознаются и запоминаются внутренние логические связи; позже, чем у нормальных детей, формируется произвольное запоминание. Слабость памяти проявляется не столько в трудностях получения и сохранения информации, сколько в трудностях ее воспроизведения, т.к. воспроизведение – процесс, требующий волевой активности и целенаправленности. Из-за непонимания логики событий воспроизведение носит бессистемный характер. Дети испытывают наибольшие трудности при воспроизведении словесного материала. Слабо развита опосредованная, смысловая память.

Особенность памяти умственно отсталых детей – эпизодическая забывчивость, связанная с переутомлением нервной системы из-за ее общей слабости. Чаще, чем у нормальных сверстников, у умственно отсталых наступает состояние охранительного торможения. Испытывают трудности в воспроизведении образов восприятия – представлений. Представления характеризуются недифференцированностью, фрагментарностью.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Воображение отличается фрагментарностью, неточностью, схематичностью из-за бедности жизненного опыта, несовершенства мыслительных операций.

Речь. Недостатки развития речи физиологически вызваны нарушением взаимодействия между первой и второй сигнальными системами. Недостаточное восприятие и понимание речи окружающих связано с медленно развивающимися условными связями в области речеслухового анализатора (долго не различают звуки речи, не дифференцируют слова окружающих). Так как развитие речевой моторики, так же как и общей, замедленно, запаздывает развитие артикуляционных движений.

Страдают все стороны речи – фонетическая, лексическая, грамматическая, семантическая. У умственно отсталых детей широко распространены фонетические нарушения (от 65 до 85%) по причинам общего познавательного недоразвития, недоразвития речевой моторики (параличи, парезы, гиперкинезы) и фонематического восприятия (неразличение фонем), аномалий артикуляционного аппарата (неба, губ, зубов). Активный словарь гораздо беднее пассивного; речь младших школьников состоит в основном из существительных и обиходных глаголов; прилагательные, наречия, союзы встречаются редко. Отсутствует дифференциация в обозначении сходных предметов: пальто, шубу, плащ называют словом «пальто». Это связано с трудностями различения самих предметов. Медленно усваиваются закономерности языка, речевые обобщения. У многих детей отсутствуют слова обобщающего характера (мебель, посуда, одежда, фрукты, овощи). В младшей школе они используют незначительное количество слов, обозначающих признаки предметов: цвет – красный, синий, зеленый, желтый; величина – большой, маленький; вкус – сладкий, горький. Дети испытывают трудности звуко-буквенного анализа и синтеза, следовательно, наблюдаются различные расстройства письма, трудности овладения техникой чтения. Снижена потребность в речевом общении.

Внимание характеризуется малой устойчивостью, трудностями распределения, замедленной переключаемостью. В основном недоразвито произвольное внимание, хотя страдает и непроизвольное. Это связано с тем, что умственно отсталые дети при возникновении трудностей не пытаются их преодолеть, а, как правило, бросают работу. Если работа интересна и посильна, она поддерживает внимание детей, не требуя от них большого напряжения. Слабость произвольного вни-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

мания проявляется и в том, что в процессе обучения отмечается частая смена объектов внимания. Дети не могут сосредоточиться на каком-то одном объекте или виде деятельности.

Эмоционально-волевая сфера. Эмоции недоразвиты: нет оттенков переживаний. Эмоции неустойчивы (состояние радости без особых причин сменяется печалью, смех – слезами). Переживания неглубокие, поверхностные. У некоторых детей эмоциональные реакции неадекватны источнику. Имеют место случаи то повышенной эмоциональной возбудимости, то выраженного эмоционального спада (эйфория, дисфория, апатия). Для умственно отсталых детей актуальны лишь непосредственные переживания, они часто не могут оценить возможные последствия тех или иных событий и поступков. Для эмоций, так же как и для мышления, характерна инертность и недостаточная переключаемость.

Волевая сфера характеризуется слабостью собственных намерений, побуждений, большой внушаемостью. В работе умственно отсталые предпочитают легкий путь, не требующий волевых усилий. В деятельности часто наблюдается подражание, импульсивные поступки, неумение подавлять непосредственные влечения. Отсутствует самостоятельность, целеустремленность, инициативность. Из-за непосильности требований у некоторых детей развивается негативизм, упрямство.

Деятельность. У детей не сформированы навыки учебной деятельности. Недоразвита целенаправленная деятельность, имеются трудности самостоятельного планирования собственной деятельности. Мотивация характеризуется неустойчивостью, скудостью, ситуативностью. Умственно отсталые дети приступают к работе без предшествующей ориентировки в ней, не руководствуются конечной целью; в результате в ходе работы часто уходят от правильно начатого выполнения действий. При этом они соскальзывают на действия, производимые раньше, причем переносят их в неизменном виде, не учитывая того, что имеют дело с иным заданием. Этот уход от поставленной цели наблюдается при возникновении трудностей, а также в случаях, когда ведущими являются ближайшие мотивы деятельности. Дети не соотносят получаемый результат с задачей, которая была перед ними поставлена, а потому не могут правильно оценить ее решение. Они не критичны к своей работе. Навыки простого чтения, письма усваиваются очень медленно, и для полного усвоения задание нужно повторять многократно

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

на протяжении 10-20 дней, хотя механическая память при дебильности обычно не страдает.

Личность. Интересы, потребности и мотивы поведения примитивны, преобладающими среди них являются элементарные органические потребности (сон, еда, сексуальные потребности); в связи со сниженной контролирующей функцией головного мозга с годами их побудительная сила увеличивается. Общая активность снижена. Затруднено формирование правильных отношений со сверстниками и взрослыми. Отсутствует гибкость, поведение стереотипное, шаблонное. С трудом формируются абстрактные понятия добра и зла, чувство долга, способность к самоконтролю и прогнозированию последствий своих поступков. Развитие способностей и компенсирующих возможностей ограничено. Самосознание характеризуется некритичностью к своим и чужим поступкам, неадекватной самооценкой и неадекватным уровнем притязаний.

5. Психическое развитие умственно отсталых детей в соответствии с возрастными этапами

Младенчество и раннее детство. У многих детей задерживается развитие прямостояния: начинают значительно позже, чем нормальные дети, держать голову, сидеть, стоять, ходить. Задержка может захватывать не только первый, но и второй год жизни. Эти дети неловки, физически слабы, часто болеют. Наблюдается отсутствие или значительное снижение интереса к окружающему, общая патологическая инертность. Это не исключает крикливости, беспокойства, раздражительности, двигательной расторможенности.

Не возникает интерес к игрушкам, находящимся над кроваткой или в руках взрослых. Не происходит своевременного перехода к общению со взрослыми на основе совместных действий с игрушками. Не возникает жестовая форма общения. Не исследуют предметы, не стремятся узнать о них у взрослых, равнодушны к процессам и явлениям, происходящим в природе и социальной жизни. Отсутствуют и предпосылки развития речи: предметное восприятие, предметные действия, общение со взрослыми, в частности доречевые формы общения. Недоразвит артикуляционный аппарат и фонематический слух. В результате своевременно не возникает лепет, который должен появиться с 6 месяцев и зависит не от влияния взрослых, а от состояния нервной системы.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Дошкольный возраст. Начинают формироваться перцептивные действия, которые в норме развиваются в раннем детстве. Появляется интерес к предметам, игрушкам. Возникают простейшие представления об их свойствах и отношениях. В 5 лет дети могут делать выбор по образцу: цвету, форме, величине. К концу дошкольного возраста немногим более 50% умственно отсталых детей достигает уровня развития восприятия, характерного для начала дошкольного возраста нормальных детей.

Отстает развитие наглядно-действенного мышления. К концу дошкольного детства не всем доступно решение практических задач – перемещение предмета, его использование. До конца дошкольного возраста фактически отсутствует возможность решения наглядно-образных задач. Для большинства умственно отсталых детей развитие речи в дошкольном возрасте только начинается. Они начинают говорить с 4–5 лет. Первые слова появляются после 3 лет, фразы – к концу дошкольного возраста. Активный словарь беден, фразы односложны. Дети не могут передать элементарное связное содержание. Их пассивный словарь также значительно беднее, чем при норме. Они не понимают конструкций с отрицанием, инструкций, состоящих из двух-трех слов, даже в школьном возрасте им трудно поддерживать беседу, т. к. они не всегда достаточно хорошо понимают вопросы собеседника. В отличие от детей с нарушенным слухом, у умственно отсталых недоразвитие коммуникативной функции речи не компенсируется другими средствами общения – мимикой, жестами.

Медленно пополняется словарный запас и обобщаются понятия. Дети с трудом абстрагируются от конкретной ситуации. Речевая продукция сводится к использованию заученных речевых шаблонов. Ребенок долго общается в вопросно-ответной форме, контекстная речь формируется с трудом. Самостоятельный рассказ сводится к простому перечислению отдельных предметов и действий, изображенных на картинке. Внимание к речи окружающих и контроль за своей речью снижен. Отсутствуют вопросы «почему?».

Отстают от сверстников во всех видах продуктивной деятельности: рисовании, лепке, конструировании. Рисунки примитивны, фрагментарны; формы и пропорции предметов искажены. Умственно отсталые дети не используют в своих рисунках цвет. Элементы трудовой деятельности начинают формироваться под влиянием требований окружающих. Сами умственно отсталые дети не хотят овладевать навыками

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

самообслуживания. Нет понимания последовательности и логики всех действий, входящих в навык. При наличии правильного воспитания умеют обслужить себя в быту, приобретают гигиенические навыки, проявляют инициативу в повседневных домашних делах.

Игры носят элементарный подражательный характер, изобилуют стереотипными действиями, отсутствует творчество, замысел в игре. Дети плохо усваивают правила игры, отсутствует символическая функция. Игровые действия не сопровождаются эмоциональными реакциями и речью. Сюжетно-ролевая игра самостоятельно, без специального коррекционного обучения у умственно отсталых детей не формируется. Дебильные дети могут поддержать коллективную игру своих нормально развивающихся сверстников. К школьному возрасту фактически не возникает предметная деятельность: действия с предметами остаются на уровне манипуляций. Интерес к предметам и игрушкам оказывается кратковременным, т. к. побуждается их внешним видом.

Первые проявления самосознания (отделение своего «Я») происходят после 4 лет. Проявляются в негативных реакциях на замечания, порицания. Систематическое переживание неуспеха ведет к формированию патологических черт личности – отказу от всякой деятельности, пассивности, замкнутости, агрессивности или, наоборот, к заискиванию перед взрослыми и более сильными, угодливости, негативизму, озлобленности. Желание самоутвердиться приобретает патологические формы: озлобленность, жестокость к более слабому. Ограниченность средств общения (речевых и неречевых), непонимание игровой ситуации ведут к отверженности умственно отсталых детей в коллективе сверстников. В поведении превалируют сиюминутные желания и импульсивные действия.

Диагностика негрубых форм умственной отсталости (дебильности) у дошкольников часто затруднена: в поведении от нормальных сверстников они отличаются незначительно, а несформированность навыков самообслуживания может быть расценена как результат неправильного воспитания. Иногда выраженное речевое недоразвитие является единственным симптомом, настораживающим окружающих. Не привлекают внимания родителей и воспитателей замедление психического развития, недостаток фантазии и любознательности, низкая популярность среди детей.

Младший школьный возраст. Умственный дефект проявляет себя с началом школьного обучения. Проявляется неспособность к образованию отвлеченных понятий при относительной сохранности наглядно-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

образного мышления. Дети плохо понимают связи между звуком и буквой, множеством и его численным выражением, плохо осмысливают даваемые учителем задания. Для понимания задания требуется, чтобы оно было изложено в виде кратких предложений без вводных слов, причастных оборотов и т. п. Подсказка помогает мало: необходимо растолковать задание полностью, во всех деталях.

Навыки чтения и письма усваиваются медленно: для полного усвоения задание нужно повторять многократно на протяжении 10–20 дней. Правила правописания усваиваются с трудом. Умственно отсталые дети фразы строят примитивно, их речь страдает аграмматизмами, косноязычием. Плохо распознают отношения событий и предметов во времени и пространстве («раньше», «позже», «правее», «левее»). Сравнивать сходные предметы по величине, объему, весу могут только в наглядно-действенном плане, взяв их в руки, приложив друг к другу. Чтобы перейти к наглядно-образному обучению, оперированию образами предметов, требуется несколько лет. Различия между сходными предметами обнаруживают с большей легкостью, но при этом могут работать одновременно не более чем с 2-3 предметами.

При обучении счету плохо усваивают понятие количественного содержания числа, смысл условных арифметических знаков, не улавливают условия несложной задачи без предварительного разъяснения. Отсутствует умение устанавливать причинно-следственные зависимости, что влечет за собой непонимание математических задач. Воображение не развито: дети не могут придумать окончание незаконченного рассказа, не умеют включиться в чужую роль. Любят слушать музыку, пытаются танцевать, но движения неловки, размашисты, не согласуются между собой. Несмотря на трудности формирования представлений и усвоения знаний и навыков, задержку в развитии разных видов деятельности, дети с незначительной умственной отсталостью все же имеют возможности для развития. У них в основном сохранено конкретное мышление, они способны ориентироваться в практических ситуациях, ориентированы на взрослого, у большинства из них эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность.

В младших классах вспомогательной школы у детей формируют правильное произношение, фонематическое восприятие, умение выслушивать и задавать вопрос, правильно рассказать о своей работе, выполнить задание по словесной инструкции. Формируются первоначальные

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

пространственные представления, первоначальные представления о числе, представления о природе, людях, вещах. Прививаются основные навыки чтения и письма, исправляются некоторые недостатки моторики, формируются навыки целенаправленных, организованных движений. В старших классах продолжается работа по обучению детей чтению, грамотному письму, развитию устной речи, элементарной арифметике. Сообщаются элементарные сведения из истории и географии Родины. Средствами естествознания формируются навыки ухода за растениями и животными. В этот же период детей начинают обучать специальности – дерево- и металлообработке, швейному или картонажно-переплетному делу, отдельным видам сельскохозяйственных специальностей.

Средствами наглядности и трудового обучения удается к среднему и старшему возрасту несколько сгладить недостатки мышления. Достигаются значительные успехи в развитии наглядно-образного мышления, практической деятельности, в речи и словесно-логическом мышлении: дети постепенно овладевают системой понятий, научаются черпать некоторые знания из книг, газет, телепередач. Развивающееся мышление способствует совершенствованию восприятия, памяти, чувств, содействует подготовке к самостоятельной жизни, формированию убеждений и мировоззрения. К старшему школьному возрасту значительно обогащается не только пассивный, но и активный словарь, расхождение между ними несколько сглаживается. В устной, иногда и письменной речи появляются сложные грамматические конструкции. Развивается и разговорная речь, становясь более последовательной, связной, понятной для собеседников.

Лекция № 9
ДЕТИ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОВЕДЕНИЯ И АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

1. Понятие и критерии психопатии.
2. Причины психопатий.
3. Проявления и динамика психопатий.
4. Виды психопатий.
5. Понятие и варианты патологического формирования личности.
6. Виды неправильного воспитания.
7. Акцентуации характера: понятие и отличие от психопатий.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

1. Понятие и критерии психопатии

Психопатия – патологическое состояние, характеризующееся нарушением процессов формирования личности; стойкая деформация характера. Проявляется патологическими особенностями эмоционально-волевой сферы, характера («тяжелый характер»), приводящими к социальной дезадаптации. По словам Шнайдера, от дисгармоничного склада личности страдает и сам человек, и окружающие его люди. От психической нормы психопатии отделены нечеткими границами, поэтому менее выраженные формы, которых большинство, психопатии, прикрытые высоким интеллектом, диагностировать трудно.

Критерии психопатии (по П. Б. Ганнушкину)

Тотальность дисгармонии личности, т. е. деформация всех структурных компонентов личности. Проявляется во всех жизненных событиях.

Относительная необратимость психопатии, когда личностные дисгармонии обнаруживаются с раннего детства и до глубокой старости, никогда не исчезая, но и не переходя в другую болезненную форму. Относительная стабильность характерна на протяжении жизни.

Социальная дезадаптация проявляется в отсутствии полностью адекватного поведения в любой жизненной ситуации. Резко выраженная дезадаптация приводит к тяжелым конфликтам с окружающими людьми, к краху личных планов и целей, к госпитализации в психиатрическую больницу, несмотря на отсутствие психической болезни.

2. Причины психопатий

Предопределяющую роль в развитии психопатии играет неблагоприятная наследственность. Но психопатия редко вызывается одной причиной, чаще всего имеет место сочетание, совокупное действие наследственных, органических и социальных причин. В основе развития психопатии лежит биологическая неполноценность мозга в сочетании с неблагоприятными социально-психологическими факторами или условиями формирования личности. Психопатия возникает вследствие комбинации различных патогенетических факторов: а) наследственности; б) органических повреждений; в) социальных условий. Психопатические личности чаще встречаются в семьях, где имели место психические заболевания.

К социальным факторам психопатии можно отнести безнадзорность, депривированность ребенка; асоциальное, аморальное поведение его родителей; эмоциональное отвержение; конфликтность, жестокость

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

в семье. Сюда же относится отклоняющееся от нормы воспитание – подавляющее, парализующее волю ребенка; попустительство любым его прихотям и капризам; непоследовательность и импульсивность в обращении; отрицательные образцы для подражания в окружении ребенка.

3. Проявления и динамика психопатий

Проявления психопатии:

– полноценное умственное развитие;

– изменения эмоциональной сферы – повышенная возбудимость и неустойчивость со склонностью к аффективным взрывам или особая ранимость, чувствительность, обидчивость или эмоциональная холодность, самолюбие, отсутствие привязанностей;

– недружелюбие, агрессивность, немотивированный негативизм, конфликтность, жестокость, расторможенность;

– отсутствие чувства стыда и вины, сочувствия, переживания случившегося;

– устойчивость патологических проявлений и некритичность их восприятия.

Характерно также недоразвитие воли, в силу чего наблюдается неустойчивость настроения, повышенная внушаемость, импульсивное реактивное поведение. Работоспособность снижена, дети недостаточно внимательны, не умеют сосредоточиться, преодолевать трудности при выполнении школьных заданий. Таким образом психопатия характеризуется дисгармоничным (неравномерным) развитием отдельных функций и систем: наряду с полноценным умственным развитием наблюдается недоразвитие и изменение эмоционально-волевой сферы.

Динамика психопатий. Психопатические проявления возникают на втором году жизни и в полной мере складываются в подростковом возрасте. С возрастом психопатические черты личности усиливаются и являются относительно необратимыми. В отличие от детей с неврозами психопаты отрицательно относятся к лечению, не считают себя больными, не способны критически оценить свое поведение.

Уже в предпубертатном периоде у 60% лиц психопатические свойства начинают уменьшаться, гармонизироваться. Способствует этому компенсация – ребенок учится подавлять отрицательные свойства своего характера; спокойная обстановка дома; отсутствие дополнительных травм и инфекционных поражений головного мозга; медикаментозное

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

и психотерапевтическое лечение; коррекционные воспитательные мероприятия. Таким образом в процессе взросления аномальные черты характера исчезают или уменьшаются. У остальных 35–40% лиц психопатические свойства продолжают доминировать и обостряются в подростковом возрасте. Именно в этот период они нарушают правопорядок, перестают учиться в школе, вызывающе ведут себя, начинают употреблять психоактивные вещества.

У 20% перечисленных лиц по завершении пубертата дисгармония эмоционально-волевой сферы уменьшается под влиянием вышеназванных факторов. Обычно в возрасте от 25 до 50 лет психопатические свойства заметно уменьшаются (относительная компенсация). Под воздействием неблагоприятных факторов, трудных жизненных обстоятельств могут возникать декомпенсации (усиление психопатических свойств характера). После 50–55 лет (инволюция) у многих вновь ухудшается характер, т. к. склероз сосудов головного мозга снижает контролирующую способность интеллекта и уменьшает волевые задержки.

4. Виды психопатий

I. **Дисгармонический психический инфантилизм** характеризуется незрелостью психики в результате задержки ее развития на ранних этапах онтогенеза. К этому виду психопатии относятся следующие типы:

Неустойчивые и возбудимые личности. Недоразвиты высшие формы волевой деятельности, отсутствует сложная мотивация поступков. Интеллект сохранный и подчас высокий. При этом интеллектуальные интересы слабо выражены. Знания поверхностны, деятельность малопродуктивна. Характерны повышенная возбудимость, жажда новых удовольствий. Возможны правонарушения – бродяжничество, случайные кражи.

Истероидные личности. Характерна неустойчивость эмоций, лабильность настроений, повышенная внушаемость, склонность к фантастическим вымыслам, отрицательное отношение к систематическому труду, эгоцентризм, ненасытная жажда признания. Привязанности непрочны и определяются благожелательным отношением. В переходный период могут появляться патологические реакции (выборочный мутизм, заикание, отказ от пищи).

Псевдологические личности. Характерно чрезмерно возбудимое воображение, приводящее к вымыслам, не отделяемым детьми от реальности. Лживость носит бесцельный характер.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

II. **Конституциональная (ядерная) психопатия.** В основе этих психопатий лежит наследственная предрасположенность к определенному складу личности. По наследству передается не патологичное поведение, а аномальные биологические свойства головного мозга. Конституциональные психопатии начинают в большинстве случаев проявляться в раннем и дошкольном возрасте.

Гипертимные и циклоидные личности. Характерен чрезмерный оптимизм, добродушие, отсутствует постоянство и глубина чувств (причина нарушенных отношений). Свойственны повышенная возбудимость, драчливость. Для пубертатного возраста характерны колебания настроения (пониженное настроение, вялость).

Психастенические личности. Характерны впечатлительность, пугливость, тревожная мнительность, навязчивые движения, действия, сомнения, «мысленная жвачка» (мысленное проговаривание различных ситуаций), чрезмерная тщательность в работе, бесконечная перепроверка, неспособность принятия решения, пассивность.

Аутичные шизоиды. Характерны оторванность от реальности, пониженная потребность в общении, отгороженность от сверстников, парадоксальность поведения. Ускоренное умственное развитие, способность оперировать отвлеченными понятиями сочетается с недоразвитием двигательной и образной сфер.

III. **Органическая психопатия** – изменения личности вследствие органического повреждения подкорковых систем головного мозга во внутриутробном развитии или в перинатальный период. В отличие от первых двух видов психопатий реабилитационные мероприятия носят больше медицинский, нежели воспитательный характер. Варианты органической психопатии:

Бестормозные (неустойчивые) личности. Характерно стремление к удовольствиям, жажда сенсорных впечатлений при отсутствии их анализа, интереса к причинам. Дети не способны к систематическому труду. Интеллект не нарушен, но продуктивность в обучении низкая. Дети учатся плохо, сбегают с уроков, устойчивых привязанностей и интересов у них нет. Они импульсивны и постоянно нуждаются во внешнем контроле, некритичны, не понимают последствий своих поступков. Характерен эйфорический оттенок настроения. Для подросткового возраста характерны: алкоголизация, наркотизация, беспорядочная половая жизнь, мелкие правонарушения.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Возбудимые личности (с повышенными влечениями). С дошкольного возраста характерно угрюмо-мрачное настроение (дисфория), расстройства влечений в виде пиромании (стремления к поджигательству), дромомании (стремления к бродяжничеству), клептомании (стремления к кражам), сексуальных перверсий, поедания несъедобных предметов. Преобладают инстинктивные потребности, морально-этические нормы не прививаются, т. к. дети не могут правильно оценить ситуацию, причинно-следственную зависимость своих поступков. Могут отбирать еду у других детей, избивать их, сексуальное поведение носит садистский характер. Характерна ранняя алкоголизация с неблагоприятной динамикой.

5. Понятие и варианты патологического формирования личности

Патологическое формирование личности имеет психогенное происхождение: возникает при длительно воздействующих неблагоприятных социальных условиях (неправильное воспитание в семье, конфликты, хронические неврозы, психические потрясения, переживание ребенком своего инвалидизирующего физического заболевания, чувство ущербности). Патологические реакции при неблагоприятных условиях фиксируются и переходят в патологические черты характера. Характер становится более тяжелым и трудным. Патологические реакции и патологическое формирование личности, хотя и имеют психогенное происхождение, но их возникновение в значительной мере зависит от таких условий, как легкая резидуальная церебрально-органическая недостаточность (остаточная, являющаяся результатом ранее перенесенных заболеваний, со сгладившейся симптоматикой), соматическая ослабленность, биологические сдвиги, свойственные пубертатному кризису.

Патологическое формирование отличается от психопатии тем, что быстро проходит, если ликвидировать те причины, которые вызвали патологическое формирование личности.

Варианты патологического формирования личности

Патологическое развитие характера вследствие уродливого воспитания, пребывания в длительной психотравмирующей ситуации.

Невротическое формирование характера как этап затянувшегося невроза (психотравмирующая ситуация носит затяжной, неразреши-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

мый характер). Невротические формы реагирования и поведения стереотипизируются и становятся постепенно свойствами личности. Это происходит на протяжении нескольких лет.

Постреактивное патологическое формирование личности после перенесенного психогенного (реактивного) психоза.

Патологическое формирование вследствие обостренного переживания физических дефектов, уродств (сенсорных нарушений, ДЦП, хронических заболеваний) и связанных с ними ограничением контактов, изоляцией от здоровых сверстников, чувством своей неполноценности. Сознание своей неполноценности становится отчетливым в 10–11 лет. Преобладают пониженный фон настроения, тенденция к самоограничению социальных контактов с уходом в мир внутренних переживаний, астенические черты личности, гиперкомпенсаторные фантазии.

6. Виды неправильного воспитания

Виды неправильного воспитания, приводящего к патологическому формированию личности:

1. Воспитание по типу *«кумир семьи»*. Выполняются все требования и капризы ребенка, жизнь семьи сосредоточена вокруг его желаний и прихотей. Ребенок становится эгоцентричным, капризным, высокомерным. Стремится подчинять себе окружающих, не желает считаться с их интересами, не признает запретов, не признает за собой обязанностей, не может отсрочить получение удовольствия.

2. Воспитание по типу *«Золушка»*. Характерна чрезмерная придирчивость родителей к ребенку, враждебность или равнодушие, повышенные требования к нему, отсутствие ласки и теплоты. Ребенок становится забитым, робким, нерешительным, неспособным за себя постоять или изворотливым, лживым, лицемерным, недоверчивым, жестоким, замкнутым. Формируется склонность к патологическому фантазированию (уход в мир фантазий из враждебной им действительности).

3. *Гиперопека* – воспитание, при котором ребенка лишают самостоятельности, подавляют его инициативу, не дают реализоваться его возможностям. У ребенка формируется безволие, безынициативность, зависимость от окружающих, нерешительность, неприспособленность к жизни, недовольство собой.

4. *Гипоопека* – воспитание, при котором ребенок предоставлен сам себе, безнадзорен, никем не контролируется, у него не формируются навыки социальной жизни. Ребенок не подчиняется ограничениям, от-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

рицает социально положительные авторитеты, необузданно стремится к свободе от любых форм упорядоченной учебы, труда, нормативов общественно необходимого поведения.

5. *Непоследовательное и противоречивое воспитание* – разнобой воспитательных воздействий в семье. У ребенка отсутствуют волевые задержки, поведение зависит от сиюминутных желаний, подчиняется чужому влиянию. Характерно непостоянство, нежелание преодолевать трудности, отсутствие интереса к труду.

7. Акцентуации характера: понятие и отличие от психопатий

Акцентуации характера – крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода (не любых) психотравмирующих воздействий при сохранении хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Отличия акцентуаций от психопатий:

– отсутствие одновременного проявления трех признаков психопатии – стабильности характера во времени, тотальности его проявления во всех ситуациях, социальной дезадаптации. Акцентуация обычно развивается в период становления характера и сглаживается с повзросле-нием. Особенности характера при акцентуациях могут проявлять себя не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях и почти не обнаруживают себя в обычных условиях. Социальная дезадаптация либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной;

– при психопатиях декомпенсации острые аффективные и психопатические реакции возникают от любых психических травм, в самых разнообразных трудных ситуациях, от всевозможных поводов и даже без видимых причин.

При акцентуациях нарушения возникают только при определенного рода психических травмах, в некоторых трудных ситуациях: лишь тогда, когда они адресуются к «месту наименьшего сопротивления», к слабому звену данного типа характера. Акцентуации характера находятся на границе между психической нормой и психопатологией личности.

Виды акцентуаций: *циклоидный, гипертимный, лабильный, астенический, сензитивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, застревающий, истероидный, дистимный, неустойчивый, конфортный.*

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Семьи детей с акцентуациями характера в большинстве своем неблагополучны (деструктивные, распавшиеся). Преобладают негармоничные типы воспитания.

Лекция № 10
ДЕТИ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

1. Ранний детский аутизм.

1. Ранний детский аутизм

Это патологическое состояние, пограничное с детской шизофренией. Аутизм встречается при довольно многих психических расстройствах. Причины аутизма могут быть различными, но всегда наибольшее значение имеет наследственная предрасположенность (средняя частота встречаемости 1:10000 – 4 мальчика и 1 девочка). Ранний детский аутизм может иметь место при умственной отсталости, некоторых формах ДЦП, при врожденных заболеваниях обмена веществ (фенилкетонурия), при сенсорных дефектах. Отдельные проявления аутизма могут сочетаться с некоторыми формами умственной отсталости (синдром Дауна, фенилкетонурия). При раннем детском аутизме отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие – патологически ускоренно (неравномерность развития). Так, нередко развитие гнозиса опережает развитие праксиса, тогда как при нормальном развитии происходит наоборот. Не по возрасту развитый словарный запас сочетается с неразвитой коммуникативной функцией речи. Причины аутизма недостаточно ясны, но предположительно они являются наследственными.

По мнению Л. Каннера, описавшего ранний детский аутизм как самостоятельное расстройство, для него характерно сочетание следующих основных симптомов:

а) невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни;

б) крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;

в) недостаточность коммуникативного использования речи;

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

г) отсутствие или недостаточность зрительного контакта;

д) страх изменений в окружающей обстановке («феномен тождества»);

е) непосредственные и отставленные эхолалии («попугайная речь»);

ж) задержка развития «Я»;

з) стереотипные игры с неигровыми предметами;

и) клиническое проявление симптоматики не позднее 2–3 лет.

Своеобразие поведения аутичных детей проявляется с младенчества: они не ищут материнского тепла, ласки, отстраняются от матери, избегают смотреть ей в глаза, избегают тактильного контакта. У них не формируется потребность в общении. Нарушение довербального коммуникативного поведения – важный критерий ранней диагностики. На первом году нарушены жизненно важные функции при отсутствии явных соматических и неврологических расстройств. С первых месяцев жизни могут возникать проблемы с кормлением из-за недостаточной координации сосательных и глотательных движений. Ребенок рано начинает отказываться от груди, затем плохо жует, долго держит пищу во рту, крайне избирателен в еде, отказывается от всех новых видов пищи. Выражены нарушения сна, с большим трудом формируются навыки опрятности.

В играх аутичных детей нет элементов сюжета, замысла. Это стереотипное манипулирование предметами несколько часов в день. Действенная связь устанавливается с предметами, а не людьми. Речь отличается вычурными модуляциями, персервациями, эхолалическими ответами. Речь не используется как средство общения – спонтанные выступления в виде констатаций без всякой связи с данной ситуацией. Аутичные дети разговаривают сами с собой, часто неологизмами. Долгое время говорят о себе во втором или третьем лице. Они не задают вопросов окружающим, сами отвечают односложно, невпопад, безразлично. У значительной части детей речь может отсутствовать (мутизм).

Взгляд аутичных детей блуждает по окружающим предметам, не останавливаясь на каком-либо из них. Дети проявляют бурную негативную реакцию, усиление тревоги и страха на малейшее изменение привычной обстановки, переезд, вторжение в привычные занятия посторонних; годами могут играть в одну и ту же игру. Поведение аутичных детей может исчерпываться аутостимуляцией – мычанием, щелканьем

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

языком, открыванием и закрыванием двери, верчением предмета в руках, потряхиванием им. Активность аутичных детей характеризуется большим количеством двигательных стереотипий, например, они могут бегать по кругу на цыпочках, нашептывать, выкрикивать отдельные слова или звукосочетания, совершать движения пальцами рук около наружных углов глаз. Двигательная активность носит однообразный нецеленаправленный характер, при этом двигательное беспокойство чередуется с периодами заторможенности, застывания в одной позе.

Привязанность к матери носит симбиотический характер. Дети могут остро реагировать на отсутствие матери в течение нескольких дней мутизмом, энурезом, усилением двигательных стереотипий. Но мать является для аутичных детей лишь частью их жизненного стереотипа, ее присутствие лишь гарантирует своевременное исполнение желаний ребенка. Сам ребенок не стремится к тактильному контакту с матерью, не выносит ее ласки, не ищет у нее защиты в тревожной, опасной ситуации, а склонен в этом случае погружаться в аутостимуляцию. Настроение может быть сниженным, даже дисфоричным, могут отмечаться агрессивные вспышки. Для детей с аутизмом свойственны аутистические фантазии: эти фантазии оторваны от реальности, очень стойки и замещают реальные переживания и впечатления. Очень рано появляются страхи, которые становятся фиксированными, стойкими, труднопреодолимыми.

Интеллектуальное развитие протекает неравномерно. Справляясь с заданиями абстрактного характера, ребенок с трудом выполняет такое же по сложности задание с конкретным насыщением: 2+3=? решается легче, чем задача: «У тебя было два яблока, мама дала еще три, сколько стало?». Умственные способности аутичных детей могут быть различными: сохранный, но негармоничный интеллект; умственная отсталость; одаренность. Происходит частичная компенсация – ребенок медленно приобретает новые знания и обогащает словарный запас. Нечастыми являются случаи, когда лица с ранним детским аутизмом, взрослея, успешно заканчивают массовые школы, поступают в вузы и достаточно успешно продвигаются в жизни. Условием интеллектуального прогресса становится правильная и своевременная коррекция аутизма. Более типично сочетание аутизма с органическим поражением головного мозга, что обусловливает умеренную или тяжелую интеллектуальную недостаточность. При этом отдельные интеллектуальные

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

функции могут быть развиты неравномерно. Так, отличные вычислительные способности сочетаются с неспособностью понять смысл простой задачи.

У детей с аутизмом не выявлен первичный дефект. В. В. Лебединскому и О. С. Никольской принадлежит гипотеза о том, что первичным дефектом при раннем детском аутизме является сочетание низкого психического тонуса и повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительности. Низкий психический тонус означает, что взаимодействие с окружающим миром ограничено пресыщением, которое наступает так быстро, что аутист выхватывает из окружающего отдельные, не связанные между собой фрагменты. Формирование целостной картины мира становится затрудненным или невозможным. Такой мир непонятен и трудно объясним, он легко становится источником страхов. В сенсорной сфере многие обычные воздействия становятся источниками неприятных ощущений и дискомфорта. Труднопереносимы эмоционально насыщенные явления и объекты – человек, его лицо, взгляд. В такой ситуации аутистический барьер защищает ребенка от испытываемых им трудностей. Таким образом, аутизм – вторичное образование и поддается коррекционным воздействиям. Но даже при самой успешной компенсации легкие аутистические черты сохраняются.

Лекция № 11
ДЕТИ С ДЕФЕКТАМИ ЗРЕНИЯ

1. Причины дефектов зрения.
2. Категории детей с дефектами зрения.
3. Особенности психического развития детей с дефектами зрения.

1. Причины дефектов зрения

Причины слепоты 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 хрустали-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

ка. 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 привести 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.

2. Категории детей с дефектами зрения

1. *Слепые дети* – это дети с полным отсутствием зрительных ощущений или сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением (0,04 с очками). Слепота – двусторонняя неизлечимая потеря зрения. Большинство слепых детей имеют остатки зрения (могут сосчитать пальцы рук у лица, различить контуры и цвет предмета перед глазами, имеют светоощущения). Чем раньше наступил дефект, тем более заметны отклонения в развитии. Слепые дети подразделяются на слепорожденных и ослепших.

У слепорожденных наблюдаются отставание в развитии образного мышления, затруднения в движениях. Внимание, логическое мышление, речь, память развиваются нормально. С большим трудом формируется правильное соотношение между отвлеченными знаниями и конкретными представлениями. Они легче усваивают отвлеченные, нежели конкретные понятия. Наблюдаются нарушения, связанные с трудностями в учении, игре, быте, неуверенность, пассивность, склонность к самоизоляции или раздражение, возбудимость, агрессивность. У ослепших детей зрение утрачено после рождения – в дошкольном или школьном возрасте. Имеет значение сохранность зрительных представлений: чем позже ребенок потерял зрение, тем больше у него объем зрительных представлений, который можно воссоздать за счет словесных описаний. Если не развивать зрительную память, происходит постепенное стирание зрительных образов. Нормальная мыслительная деятельность слепых детей опирается на слуховой, двигательный, кож-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

ный и другие анализаторы. На их основе развиваются произвольное внимание, мышление, речь, воссоздающее воображение, логическая память, которые являются ведущими в процессе компенсации. Коррекционно-компенсаторное обучение слепых позволяет им за 11 лет получить полное среднее образование и производственную специальность (например, радио- и электротехника).

2. *Слабовидящие дети.* Для них характерна острота зрения с очками от 0,05 до 0,2. Даже при таком нарушении зрение остается основным средством восприятия. Зрительный анализатор является ведущим в учебном процессе, другие анализаторы его не замещают, как у слепых. Обзор окружающей действительности сужен, замедлен и неточен, поэтому для слабовидящих детей характерны ограниченность и искажение представлений; замедлены процессы запоминания, мыслительные операции, затруднена ориентация в пространстве. У многих слабовидящих нарушено цветоощущение. Характерны также раздражительность, замкнутость, негативизм, связанные с неудачами. При обучении в массовой школе слабовидящие дети испытывают ряд трудностей: трудности узнавания характерных внешних признаков предметов из-за нечеткости и замедленности восприятия; трудности в различении строк, сходных по написанию букв и цифр, ведущие к невозможности овладения счетом и чтением. В обычной школе слабовидящие дети не видят написанного на доске, изображений на таблицах. При зрительной работе такие дети быстро утомляются, что способствует дальнейшему снижению зрения, а также снижению умственной и физической работоспособности. При обучении в школе для слабовидящих используются специальные оптические средства: телескопические очки, контактные линзы, лупы, проекторы, повышенная освещенность, учебники с крупным шрифтом.

3. Особенности психического развития детей с дефектами зрения

С помощью зрения человек получает наибольшее количество впечатлений об окружающем мире. Зрение определяет формирование представлений о предметах и явлениях, с его помощью познаются существенные признаки объектов, осуществляется ориентация в пространстве и контроль за движениями. Вследствие слепоты дети отстают в формировании общей моторики: ребенок малоподвижен, вял. Нередко имеют место двигательные стереотипии (потряхивание рук перед гла-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

зами, похлопывание). С трудом формируются навыки самообслуживания. Ограничение двигательной активности приводит к замедленному и несовершенному формированию пространственных представлений: положения, направления движения, величины и формы окружающих предметов. Наблюдается общая медлительность, повышенная утомляемость и истощаемость, малая психическая активность.

В целом развитие высших познавательных процессов (внимание, логическая память, мышление, речь) протекает нормально. Замедленно развивается конструктивное мышление. Из-за сужения чувственного опыта нарушается соотношение между абстрактным и конкретным мышлением: абстрактное мышление не имеет достаточной опоры в конкретных представлениях. Осязательное восприятие не может в полной мере заменить зрительное, и слепые дети не выделяют различных вариаций признаков предмета, их затрудняет практический анализ и обобщение воспринимаемых предметов. Поэтому у них создаются неточные и даже искаженные представления о предметах. Ограничены возможности сравнения воспринимаемых предметов, затруднено выделение различий в объектах, имеющих сходные признаки. Малознакомые предметы часто сопоставляются и обобщаются по случайным признакам. Это вызывает задержки в развитии наглядно-образного мышления. Словесно-логическое мышление опережает развитие наглядно-образного; главным образом, эта особенность проявляется в дошкольном и младшем школьном возрасте.

Наблюдается своеобразие речи и вербального мышления. Речь формируется с некоторой задержкой и отличается подражанием в структуре и интонации речи взрослых. Дети могут обладать богатым словарным запасом, копируя речь взрослых. Но при этом слова часто лишены конкретного содержания; преобладают общие неконкретные знания (формальные), недостаточно правильно используются понятия (вербализм). Вербализм означает нечеткое, смутное понимание слепыми детьми значения многих слов, которые они употребляют, заимствуя из речи окружающих, без достаточного соотнесения с собственным практическим опытом. У детей с тяжелыми нарушениями зрения отмечаются системные нарушения речи – несформированность фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон. Отмечаются ограниченность знаний и представлений об окружающем, недостаточность абстрактного мышления, неточная предметная соотнесенность слов.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Наблюдается высокий уровень развития словесной памяти, что позволяет компенсировать зрительный дефект в процессе обучения. Значительно сужены возможности общения, взаимодействия с окружающим миром – ребенок нуждается в помощи взрослых при организации предметной и игровой деятельности, он не может нормально общаться с окружающими. Задержка психического развития у детей с дефектами зрения часто осложняется характерологическими особенностями и невротическими реакциями, которые легко возникают при смене жизненного стереотипа. Гиперопека с раннего возраста приводит к повышенной внушаемости, зависимости от мнения окружающих. Дети часто обнаруживают обидчивость, повышенную чувствительность, замкнутость, чувство собственной ущербности, капризность, эгоистичность, патологическое фантазирование, тревожную мнительность.

Излишне сочувственное отношение, ограничение активности слепого ребенка приучает его к пассивности, неверию в свои силы, зависимости, осознанию себя инвалидом. Следствием этого становятся неадекватная требовательность к обществу, иждивенческие настроения. Дети с дефектами зрения опасаются новых ситуаций, склонны к соблюдению жесткого порядка, доводя его до педантизма. Неудачи в школе или конфликты дома нередко вызывают невротические реакции и провоцируют патологическое формирование личности. Социальная адаптация слепых детей связана с теми же трудностями, что и у детей с нарушенным слухом.

Так же, как и у глухих детей, при своевременном оказании коррекционных воздействий ребенок с нарушенным зрением интеллектуально развивается нормально. Одной из основных форм общения с ребенком с дефектом зрения является тесный физический контакт: необходимо чаще брать его на руки, его ручками ощупывать части тела у него самого и у взрослого, называя их словами, учить различать игрушки и предметы обихода на ощупь, одновременно называя их и объясняя их назначение. Необходимо научить ребенка различать голоса, шаги, прикосновения близких, развивать эмоциональные привязанности, обучать действиям с предметами и игрушками. При правильно организованном обучении недостатки в развитии в значительной мере преодолеваются: накапливаются представления, совершенствуются мыслительные операции, и мышление становится средством компенсации зрительных дефектов.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Лекция № 12
ДЕТИ С ДЕФЕКТАМИ СЛУХА

1. Причины дефектов слуха.
2. Категории детей с дефектами слуха.
3. Особенности психического развития детей с дефектами слуха.

1. Причины дефектов слуха

25% случаев отсутствия слуха обусловлено действием вредных факторов во внутриутробный период развития ребенка. Это вирусные инфекции беременной (краснуха, корь, грипп, вирус герпеса), 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 также могут привести химические препараты, токсично действующие на него (хинин, стрептомицин, мышьяк, ртуть, свинец), сильный шум и вибрация, травмы головы.

2. Категории детей с дефектами слуха

1. *Глухие дети* – это дети с порогом восприятия выше 80 дБ. Для этой категории характерно полное выпадение слуха. Но абсолютная глухота бывает редко. Обычно воспринимаются отдельные очень громкие, резкие и низкие звуки (гудки, свистки, звонки, громкий голос над ухом). Но разборчивое восприятие речи и самостоятельное овладение ею невозможно. Различают раннюю и позднюю глухоту.

У ранооглохших детей поражение слуха возникает до сформирования речи. Отсутствие речи является вторичным дефектом. При специальном обучении дефекты психического развития сглаживаются, компенсируются, дети становятся говорящими. Словесно-речевую систему глухого ребенка в основном формирует не устная речь, а чтение и письмо. Для глухих детей, не овладевших словесной речью, основу развития мышления составляет комплекс образов, наглядных представлений и жестовых средств. Такое мышление остается наглядно-образным, основанным на мимико-жестовой речи.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Мимико-жестовая речь является достаточно примитивной. Ее основой является система жестов, каждый из которых имеет свое значение. Зачастую значение жеста не совпадает со значением слова. Так, часы стенные и ручные обозначаются разными жестами; глагол «летит» изображается по-разному, в зависимости от того, летит самолет, бабочка или пыль. Один и тот же жест может обозначать предмет и действие (утюг – гладить, топор – рубить). Общее число жестов неизмеримо меньше числа имеющихся в языке слов: нет жестов, обозначающих многие родовые понятия (одежда, транспорт, животные); близкие понятия не дифференцируются (огонь, костер, пожар). Отсутствует членение на корень, приставку, суффикс, окончание. Бедным является и синтаксис: сначала в предложении обозначается предмет, потом его качество; действие обозначается после объекта, на которое это действие направлено; отрицание следует после глагола; вопросительное слово стоит в конце фразы. Для восполнения и уточнения жестов используется мимика, которая не только выражает чувства и состояния, но и изменяет значение жеста. Так, один и тот же жест может означать и утверждение, и вопрос, и одобрение – в зависимости от выражения лица.

Полноценная компенсация у глухих детей основана на формировании словесной речи и речевого мышления. Происходит переход от наглядно-образного к словесно-логическому мышлению, расширяются социальные возможности. Устную речь глухие дети воспринимают с помощью зрения – чтения с губ. Зрительные впечатления вызывают в сознании читающего с губ образы слов, которые облегчают понимание сказанного.

Коррекционную работу лучше начинать в первые месяцы жизни, больше разговаривая с ребенком, находясь в поле его зрения. Говорить надо громко, выразительно, сопровождая речь активной жестикуляцией, привлекая внимание ребенка к артикуляции говорящего. Основу обучения глухих детей составляет обучение словесной речи в ее коммуникативной функции (речь как средство общения с окружающими) и формирование словесно-логического мышления. Обучение речи следует начинать в раннем детстве. В первоначальный период обучения словесной речи применяется дактилология, которая становится вспомогательным средством по мере овладения детьми звукопроизношением. Дактильная речь представляет собой общение при помощи ручной азбуки, где каждая буква алфавита изображается пальцами (дактилема). Последние складываются в целостные речевые единицы (слова, фразы). Использование

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

дактилологии позволяет глухим дошкольникам к 3–3,5 годам овладевать чтением, а за четыре года пребывания в дошкольном учреждении приобретать запас в 1500-2000 слов вместо 300-400 слов, приобретаемых с помощью орального метода. Обучение устной речи опирается на зрительный, кожно-вибрационный, двигательный анализаторы, на технические средства (виброскоп – прибор, основанный на тактильно-вибрационном восприятии, технические средства, перекодирующие слуховые сигналы в зрительные, звукоусиливающая аппаратура).

Обращаясь к детям посредством дактиля, учитель одновременно произносит соответствующие слова. Дети имеют возможность одновременно воспринимать движения пальцев и речевых органов. Учитель побуждает детей к отраженному воспроизведению воспринимаемых слов не только в пальцевой, но и в устной форме. Все более правильной артикуляции способствует обращение к тактильно-вибрационным ощущениям (поднесение руки ученика ко рту, прикладывание ее к гортани), а также опора на остатки слуха. Навыки произношения усваиваются концентрическим путем: в приготовительном классе учащиеся должны правильно усвоить 17 основных звуков (*а, о, у, э, и. п, т, к, ф, с, ш, х, в, м, н, л, р*), остальные звуки могут произноситься приближенно или заменяться сходными; в 1-м и 2-м классах производится уточнение произношения звонких согласных, звуков *ц, ч*, мягких согласных и звука *ы*. Звукопроизносительные навыки быстро утрачиваются, если их закреплению не уделять повседневного внимания. В процессе формирования устной речи важная роль принадлежит развитию и использованию остаточного слуха. На основе дактиля развиваются устная и письменная речь. Мимико-жестовая речь используется в качестве вспомогательного средства по мере необходимости. Навыки чтения с губ формируются благодаря одновременному дактилированию и устному проговариванию слов учителем и учащимися. Совершенствование навыков чтения с губ осуществляется при восприятии речи без сопровождения дактилем. Обучение письму строится на основе образов слов, усвоенных в дактильной форме и в произношении. Метод первоначального обучения речи обеспечивает быстрое накопление речевого материала, высокую речевую активность глухих детей, содействует их интенсивному умственному развитию. Коррекционно-компенсаторное обучение позволяет глухим детям за 12 лет овладеть программой восьмилетней школы и получить определенную профессиональную подготовку.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А. А. Кулешова

У позднооглохших детей поражение слуха происходит после овладения речью – в дошкольном или школьном возрасте. Эти дети имеют преимущества в психическом развитии по сравнению с предыдущей категорией. Задача обучения позднооглохших детей – сохранить и развить устную речь, т. к. без специальной педагогической поддержки словесная речь начинает распадаться; научить познавать действительность с помощью словесно-логического мышления. Позднооглохшие дети обучаются отдельно от глухих.

2. *Слабослышащие (тугоухие) дети* составляют значительную часть детей с нарушениями слуха. В отличие от глухих они обладают остаточным слухом, который можно использовать в процессе обучения и для общения. Остатки слуха делают возможным самостоятельное накопление минимального речевого запаса благодаря восприятию обращенной речи на близком расстоянии от ушной раковины. Характерны бедность словаря, несформированность грамматического строя (высказывания могут быть совсем не оформлены в предложения либо в предложениях опускаются те или иные члены, искажаются или опускаются безударные части слова, неправильно употребляются падежные и родовые окончания), искаженное усвоение понятий, затруднения в понимании текста, неправильное употребление слов. Слова, входящие в единую смысловую группу, часто заменяются одно другим. Так, вместо слова *конверт* употребляется *почта*, вместо *кран – вода*, вместо *мама режет хлеб – мама нож*. Встречаются замещения слов, близких по звучанию: вместо *пальчики – палочки*, вместо *конверт – консервы*. Свойственны слабослышащим детям и смазанность артикуляции, и обедненность интонации. Они искажают слова, сохраняя в них по преимуществу слоги, стоящие под ударением (*метай* вместо *подметай*), или сохраняя только контур слова (*муванти* вместо *умывается*). Слабослышащие дети смешивают звонкие звуки с глухими, шипящие со свистящими, твердые с мягкими, звуки *п, т, к* между собой.

По причине неуспеваемости в массовой школе и недостатков речи слабослышащие дети могут быть ошибочно приняты за умственно отсталых или детей, страдающих сенсорной алалией или афазией. Во избежание ошибок следует прибегать к тщательному исследованию слуха у этих детей, учитывая, что при нормальном слухе ребенок должен слышать и повторять слова и фразы на расстоянии 6–7 метров от уха. Восприятие шепота на расстоянии менее 3 метров свидетельствует о

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

наличии слуховых нарушений у ребенка. При этом должно быть исключено зрительное восприятие речи. В школу для слабослышащих принимаются дети, слышащие речь разговорной громкости на расстоянии не более 2 метров. Уровень развития речи слабослышащих детей зависит от времени снижения слуха и условий воспитания, в связи с чем в школах для слабослышащих имеются два отделения. В первое отделение принимаются дети, владеющие развернутой речью с легкими нарушениями грамматики, неточным произношением, специфическими ошибками письма, во второе – дети с глубокими нарушениями речи. Дети со сниженным слухом, но сформированной речью могут обучаться в массовой школе с учетом индивидуального подхода. Система обучения слабослышащих детей языку включает развитие наглядных и словесных обобщений, усвоение лексического и грамматического строя, что за 12 лет позволяет детям из первого отделения получить общее среднее образование, а детям из второго отделения – неполное среднее образование и производственно-трудовую подготовку.

3. Особенности психического развития детей с дефектами слуха

Среди детей с нарушениями слуха есть дети с нормальным интеллектом, дети с вторичной ЗПР и с умственной отсталостью. Связано это со степенью тяжести слухового дефекта и временем начала коррекционной работы. Ранняя потеря слуха затрудняет ориентацию в окружающей обстановке, ограничивает возможности познания окружающего мира. Создаются предпосылки для социальной изоляции, трудностей в воспитании; ребенок лишается важнейших источников информации, что приводит к задержкам психического и речевого развития. Чем раньше и тяжелее нарушен слух, тем более выражено у ребенка отставание в развитии. Отсутствие речи у глухого тормозит формирование расчлененного и обобщенного восприятия (воспринимаемые признаки объектов недостаточно обобщены словом и не дифференцируются словесными средствами), отрицательно сказывается на развитии словесной памяти и словесно-логических форм мышления, задерживает формирование характера.

Ведущее место занимают расстройства речи. Замедлен темп формирования речи, выражено недоразвитие звуко-буквенного анализа, вследствие чего нарушается фонетическая сторона речи. Дети не могут контролировать произношение: звонкие согласные оглушаются, опускаются безударные окончания, проглатываются начала слов. Недоразвитие всех компонентов

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

речи (звукопроизношения, словаря, грамматического строя, связной речи) тормозит формирование абстрактно-логического мышления ребенка. Первые усвоенные детьми слова обладают чрезмерно широким смыслом – слово обозначает и предмет, и связанные с ним действия. Слова долго не становятся средствами общения. Только в процессе обучения увеличивается словарный запас с постепенным сужением и уточнением смысла слов. Существительные усваиваются легче, чем глаголы и особенно прилагательные. Еще труднее глухому ребенку осмыслить наименее конкретные по своему значению местоимения и предлоги. Овладение словарем опирается на развитие наглядных обобщений, которые перестраиваются на категориальной основе. В процессе овладения словарем преодолеваются недостатки наглядного мышления, порожденные влиянием мимико-жестовой речи вне воздействия речи словесной. Однако еще длительное время дети испытывают затруднения при использовании слов в различных контекстах, т. к. ассоциативное поле их слов беднее, чем у их слышащих сверстников, и в понимании принадлежности одного и того же объекта или явления к разноаспектным обобщениям. Все это осложняет и замедляет процесс перехода перцептивных действий в понятийные операции.

Речь ребенка с дефектами слуха дополняется эмоционально насыщенной мимикой и жестикуляцией. Поведение отличается повышенным стремлением к пониманию речи окружающих, попыткой считывания с губ. Письменная речь (чтение и письмо) приобретает большую роль сравнительно с устной. Задержка психического развития у глухих детей касается главным образом словесно-логического мышления. Невербальные функции интеллекта развиваются, как правило, в срок; конкретно-образное мышление преобладает над словесно-логическим. Дети способны выполнять сложные конструктивные задания по образцам.

При своевременном получении коррекционных воздействий ребенок в дальнейшем интеллектуально развивается нормально. В то же время есть дети, у которых нарушения слуха и речи сочетаются с умственной отсталостью или нарушениями опорно-двигательного аппарата, с различными соматическими и нервно-психическими заболеваниями. Развитие и обучение этих детей сопряжено с гораздо более значительными трудностями.

К подростковому возрасту у глухих детей нередко отмечаются реакции, обусловленные переживанием своего дефекта, ипохондрические жалобы. Могут проявляться завышенная самооценка, черты инфантилизма,

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

наивности, повышенной внушаемости и недостаточной самостоятельности, а также замкнутость, неуверенность в себе, плаксивость, негативизм. Социальная адаптация детей с нарушенным слухом часто осложняется эмоциональными и поведенческими расстройствами, которые формируются как вторичные дефекты из-за первичного дефекта и сенсорной и социальной депривации. Социальная депривация связана с ранним госпитализмом (длительным пребыванием маленького ребенка в лечебном заведении) и неадекватными условиями воспитания ребенка в семье.

У детей с нарушениями слуха замечены отличия в темпе психического развития – замедление психического развития после рождения и ускорение в последующие периоды. Различия в психической деятельности между слышащим и глухим ребенком, незначительные на начальных этапах онтогенеза, возрастают в течение последующего времени. Так происходит до определенного этапа, когда вследствие коррекционных мероприятий различия перестают нарастать и даже уменьшаются. Чем благоприятнее условия, тем быстрее и значительнее сближается развитие ребенка, имеющего нарушения слуха, с развитием нормально слышащего ребенка. Усвоение речи содействует развитию всех мыслительных операций: анализ становится более полным и дифференцированным, отражающим особенности объекта, сравнение – многосторонним, отражая сходство, различие и своеобразие сравниваемых объектов, обобщения – категориальными, совершенствуется отвлечение. Под влиянием обучения мышление глухих детей становится подвижным, критичным, самостоятельным.

Лекция № 13
ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

1. Общая характеристика детей с двигательными нарушениями.

2. Особенности психического развития детей с двигательными нарушениями.

1. Общая характеристика детей с двигательными нарушениями

Основной контингент данной категории представляют дети с ДЦП (89%). Остальные – дети, больные полиомиелитом, с врожденным вы-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

вихом бедра, кривошеей, деформациями стоп, аномалиями развития пальцев кисти, с травмами мозга, полиартритом, рахитом, туберкулезом костей и т. п. ДЦП (детский церебральный паралич) – поражение двигательных систем головного мозга. У этих детей двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, и они нуждаются в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Другие вышеназванные категории детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, как правило, не имеют нарушений познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания.

Причинами ДЦП являются вредные факторы, действующие в последние месяцы беременности, в момент родов и в первые месяцы жизни ребенка. Нарушения опорно-двигательного аппарата могут быть следствием полиомиелита, различных врожденных и приобретенных деформаций двигательного аппарата, ряда наследственных и врожденных заболеваний. Причинами могут быть инфекционные заболевания матери (краснуха, вирусные инфекции), интоксикации, несовместимость крови матери и плода по группе и резус-фактору, сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери, родовые травмы, асфиксии новорожденных, перенесенные ребенком менингит, энцефалит, тяжелые ушибы головы.

Двигательные расстройства вызваны нарушением контроля со стороны ЦНС за функциями мышц. У детей с ДЦП отмечаются следующие виды двигательных нарушений:

Нарушение мышечного тонуса. Часто наблюдается повышение мышечного тонуса (спастичность): мышцы напряжены, ноги приведены, согнуты в коленных суставах, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулаки. При низком мышечном тонусе мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые.

Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи). Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ноги. Все это затрудняет развитие манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдает тонкая моторика.

Наличие насильственных движений (гиперкинезов и тремора). Гиперкинезы – непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

незаконченных движений. Они могут усиливаться при попытках произвести движения, а также во время волнения. Насильственные движения затрудняют или делают невозможным совершение произвольных движений. Тремор – дрожание пальцев рук и языка, которое наиболее выражено при письме.

Нарушения равновесия и координации движений. Проявляется в неустойчивости при стоянии, сидении, ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки: дети ходят на широко расставленных ногах, пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений, прежде всего рук. Это вызывает трудности в манипулятивной деятельности и письме.

Нарушение ощущений движения тела или его частей (кинестезии). Нарушается регуляция движений, связанная с деятельностью проприоцептивных клеток, расположенных в мышцах, сухожилиях, суставах и передающих в кору головного мозга информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. У детей с ДЦП бывает ослаблено чувство позы. У некоторых искажено восприятие направления движения. Это обедняет двигательный опыт ребенка, задерживает формирование тонких координированных движений.

Недостаточное развитие статокинетических рефлексов. Статокинетические рефлексы обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

По мере созревания нервной системы меняются внешние проявления заболевания. В первые полгода (иногда до 4 лет) двигательные нарушения проявляются мышечной вялостью, снижением тонуса, после 1,5–2 месяцев может проявиться косоглазие. Затем постепенно вялость мышц уступает место все большей спастичности; мышечная спастика поражает губы, язык (затрудняются глотание, жевание, движения языка, необходимые для формирования речи), мышцы плечевого пояса и рук (появляется характерная сутулость, плечи поднимаются и поворачиваются вовнутрь, шея укорачивается за счет поднятых плеч, пальцы кисти сжаты в кулак с запертым внутри большим пальцем). Спастика мышц ног приводит к возникновению их перекреста и практически

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

блокирует возможность их движения. После 4–6 лет на фоне все закрепляющейся спастичности мышц начинают появляться насильственные движения. К подростковому периоду ДЦП как бы доходит до вершины своей зрелости, и его проявления у разных больных становятся все более похожими друг на друга.

При тяжелой степени двигательных нарушений ребенок не овладевает навыками ходьбы, манипулятивной деятельностью, навыками самообслуживания. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно. Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания и манипулятивная деятельность у них развиты не полностью. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно как в помещении, так и за его пределами, могут передвигаться на городском транспорте, они полностью себя обслуживают. У них достаточно развита манипулятивная деятельность, однако могут наблюдаться неправильные, патологические позы и движения, нарушение походки, движения недостаточно ловкие, замедленные, снижена мышечная сила.

Для детей с ДЦП характерна ограниченная подвижность артикуляционных мышц, нарушено дыхание, голосообразование, повышено слюноотделение. Нарушены функции глазодвигательных нервов: косоглазие, нарушение фиксации и прослеживания предметов. Нарушена зрительно-моторная координация. Моторные нарушения ограничивают способность самостоятельного передвижения и самообслуживания, препятствуют освоению предметно-практической деятельности, что отрицательно сказывается на формировании высших психических функций, интегративной деятельности мозга, общем ходе психического развития. Обучение осуществляется в специальных учреждениях для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

2. Особенности психического развития детей с двигательными нарушениями

Нарушен весь ход моторного развития, что сказывается на формировании нервно-психических функций. Отклонения в психическом развитии наблюдаются с первых дней жизни. Зрительное и слуховое сосредоточение появляется позднее второго месяца, снижена способность к фиксации взгляда на движущихся предметах. С отставанием на

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

1–2 месяца появляется и улыбка. Наблюдаются нарушения в строении артикуляционного аппарата и в процессах голосообразования: гуление возникает на несколько месяцев позднее нормы, лепет может продолжаться до 2–3 лет. Первые слова появляются в период от 2 до 4 лет. Часто отмечается дизартрия, нарушения артикуляции (повышенный тонус мышц языка, затрудненное дыхание, затруднения произвольного открывания рта и др.) искажают звукопроизношение. Ребенок слабо ощущает положение и движения органов артикуляции.

Двигательные нарушения наряду с расстройством тактильных и мышечно-суставных ощущений затрудняют ребенку получение информации о форме предметов, их величине и особенностях материала, из которых они сделаны. Отмечаются особые трудности в совершении произвольных движений, которые ограничены или вообще невозможны; снижена мышечная сила. У половины детей с ДЦП имеются различные расстройства зрения и слуха, что ограничивает поступление информации. У детей с ДЦП выражены психоорганические проявления – замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объема механической памяти. Большое число детей отличается низкой познавательной активностью, отсутствием интереса к заданиям, плохой сосредоточенностью. При выполнении интеллектуальных заданий быстро нарастает утомление, что снижает умственную работоспособность (церебрастенический синдром).

Задерживается развитие пространственных представлений, медленно накапливается запас сведений об окружающем мире в силу относительной изолированности на ранних этапах развития. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике. У детей с ДЦП выражена непропорциональность в развитии высших психических процессов. При некоторых формах заболевания отмечается несоответствие между удовлетворительным общим уровнем развития абстрактного мышления и недостаточностью пространственных представлений, что в дальнейшем обусловливает трудности в усвоении счетных операций. Выражена оптико-пространственная недостаточность – недоразвитие навыков пространственных отношений и конструктивного мышления. При обучении грамоте это приводит к дислексии, дисграфии и дискалькулии.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Нарушена фонетическая сторона речи. Речь может быть малопонятной, ребенок испытывает затруднения при устном ответе. Отставания в развитии речи связаны с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности. Речевые нарушения затрудняют общение детей с окружающими.

Характерны расстройства эмоционально-волевой сферы. Наблюдаются эмоциональная лабильность и недостаточная дифференцированность эмоций, обеднение мотивационной сферы. У одних детей отмечается повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, у других – застенчивость, робость, заторможенность. Склонность к колебаниям настроения сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. У детей с церебральным параличом складывается своеобразная структура личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Незрелость личности проявляется в наивности суждений, слабой ориентации в бытовых и практических вопросах. Легко формируются иждивенческие установки, неспособность к самостоятельной деятельности. Формируются такие черты личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за себя, повышенная чувствительность, обидчивость, замкнутость.

В условиях неправильного воспитания, ограничения деятельности и общения замедление созревания лобных отделов может стать причиной изменений личности по типу психического инфантилизма. Незрелость эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста проявляется в повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, повышенной внушаемости, недоразвитии целенаправленности. Однако эти проявления имеют иную окраску, нежели у детей более раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладают двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность. Отсутствуют детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

Для того чтобы стимулировать речевое развитие при ДЦП, ребенка учат манипулировать предметами и игрушками, т. к. овладение действиями предваряет усвоение значений слов. Перед проведением игровых занятий ребенку делают массаж, артикуляционную и дыхательную

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

гимнастику. Далее показывают малышу игрушки, выполняют с ними определенные действия, сопровождая их словами и предложениями. Затем подключают к игре ребенка и играют вместе с ним, обучая его при этом различным умениям (строить из кубиков, катать шарики, раскладывать предметы по цвету). Взрослый показывает и кратко комментирует свои действия. Не следует принуждать к речи и торопить с ответом, т. к. это может вызвать повышение мышечного тонуса, усиление гиперкинезов. Ребенка поощряют к речи повторением только что произнесенных им звуков или ведут односторонний диалог. Дети должны слышать только правильно произносимые слова и предложения.

Лекция № 14
ДЕТИ С ДЕФЕКТАМИ РЕЧИ

1. Причины речевых дефектов и общая характеристика детей с нарушениями речи.

2. Классификация речевых нарушений.

1. Причины речевых дефектов и общая характеристика детей с нарушениями речи

Биологические причины развития речевых нарушений представляют собой патогенные факторы, воздействующие главным образом в период внутриутробного развития и родов (гипоксия плода, родовые травмы и т. п.), а также в первые месяцы после рождения (мозговые инфекции, травмы и т. п.). Особую роль в развитии речевых нарушений играют такие факторы, как семейная отягощенность речевыми нарушениями, леворукость. Социальные факторы развития речевых нарушений связаны с депривацией детей. Особое значение имеет недостаточность эмоционального и речевого общения ребенка с взрослыми. Отрицательное воздействие могут оказывать двуязычие, излишняя стимуляция речевого развития ребенка, педагогическая запущенность, дефекты речи окружающих.

Дети с дефектами речи – это дети с сохранным слухом и интеллектом, страдающие резко выраженными отклонениями в развитии речи и ограниченные в речевом общении. Вторичными дефектами у детей с нарушениями речи являются ограниченность мышления, затруднения в чтении и письме, отклонения в эмоционально-волевой сфере. Неярко

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

выраженные дефекты речи устраняются в результате логопедических упражнений, остальные требуют обучения детей в специальных образовательных учреждениях.

У детей с речевыми расстройствами, вызванными органическими поражениями мозга, отмечаются повышенная утомляемость, раздражительность, возбудимость, двигательная расторможенность. Для них характерны расстройства настроения, эмоциональная неустойчивость. Утомление быстро нарастает к вечеру, а также к концу недели и проявляется в усилении головных болей, расстройстве сна, повышенной двигательной активности. Как правило, у таких детей отмечаются неустойчивость внимания и памяти, особенно речевой, низкий уровень понимания словесных инструкций, недостаточность регулирующей функции речи, низкий уровень контроля за собственной деятельностью, низкая умственная работоспособность. Психическое состояние этих детей неустойчиво, в связи с чем их работоспособность резко меняется. В период психосоматического благополучия такие дети могут достигать довольно высоких результатов в учебе. Сознание своей неполноценности и бессилия в попытках общения нередко приводит к изменениям характера: замкнутости, негативизму, аффективным срывам. В некоторых случаях наблюдаются апатия и равнодушие.

Дети с речевыми дефектами функционального происхождения эмоционально реактивны, легко дают невротические реакции в ответ на замечание, плохую отметку, неуважительное отношение со стороны учителя и детей. Их поведение может характеризоваться негативизмом, повышенной возбудимостью, агрессией или, наоборот, повышенной застенчивостью, нерешительностью, пугливостью.

2. Классификация речевых нарушений

Речевые нарушения делятся на нарушения устной и письменной речи. Нарушения устной речи, в свою очередь, включают расстройства произносительной и внутренней сторон речи. К расстройствам звукопроизношения относятся следующие состояния.

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

Брадилалия – патологически замедленный темп речи. Замедленная артикуляция вызвана нарушением речевых центров в коре головного мозга. *Тахилалия* – патологически ускоренный темп речи.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Заикание – нарушение темпо-ритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Заикание, как правило, начинается у детей в возрасте от 2 до 6 лет. Оно может появиться у детей с опережающим речевым развитием в результате излишней речевой нагрузки, психической травмы. Речь заикающихся характеризуется повторениями звуков, слогов или слов, удлинением звуков, обрывом слов, вставками дополнительных звуков или слов. В 10–12 лет у заикающихся подростков нередко проявляется осознание своего дефекта, боязнь произвести на собеседника неблагоприятное впечатление, не суметь выразить мысль. Начинает формироваться стойкий страх речевого общения с навязчивым ожиданием речевых неудач; логофобия усиливает речевые запинки в момент общения и особенно ярко проявляется при разговоре по телефону, при ответе у доски, при общении с незнакомыми людьми и т. п. Подросток старается избегать таких ситуаций и ограничивать речевое общение. Логоневроз следует отличать от другой формы заикания – неврозоподобного логосиндрома. Неврозоподобный речевой синдром имеет непсихогенный характер. Лица с подобным нарушением не переживают свой дефект, относясь к нему равнодушно. В отличие от неврозоподобных нарушений, заикание психогенного происхождения носит непостоянный характер, возникая в ситуациях, связанных с волнением, заставляя ребенка переживать по поводу своего дефекта.

Дислалия – нарушение произношения, косноязычие. Вызывается аномалией строения речевого аппарата, особенностями речевого воспитания. Слух и иннервация мышц речевого аппарата при дислалии сохранены. При дислалии отмечается искажение произнесения звуков, трудных по артикуляции: р, л, шипящих, свистящих. Нарушения звукопроизношения могут проявляться в отсутствии тех или иных звуков, искажениях звуков или их заменах. До 4 лет у всех детей может отмечаться физиологическое косноязычие как возрастная особенность, после 4 лет это явление расценивается как дислалия.

Причинами механической дислалии могут быть анатомические дефекты артикуляционного аппарата: неправильный прикус, строение и расположение зубов, деформация и расщепление неба, аномалии губ, языка. К механической дислалии относится ринолалия. Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (гнусавость).

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Открытая ринолалия вызвана наличием расщелины в небе, когда струя воздуха проходит не только через рот, но и через нос. Закрытая ринолалия вызывается наличием опухолей носоглотки, искривлением носовой перегородки, хроническими воспалительными процессами (носовой резонатор выключается из процесса голосообразования). Функциональная дислалия является следствием неправильного речевого воспитания (сюсюкающая речь родителей) или закрепившейся реакцией подражания речи окружающих детей. Нередко функциональная дислалия наблюдается у детей, которые в раннем возрасте овладевают сразу двумя языками. У детей с дислалией, как правило, лексико-грамматическая сторона речи формируется в соответствии с нормой.

Дизартрия – расстройство артикуляции, затруднения в произношении звуков речи из-за пареза, спазма, гиперкинеза или атаксии мышц, в т. ч. (ограниченной подвижности мягкого неба, языка, губ) участвующих в моторной функции речи. Страдают также дыхание и голосообразование. В основе дизартрии лежит поражение языко-глоточного, блуждающего и подъязычного нервов, иннервирующих мышцы мягкого неба, гортани, глотки, языка. Различают бульбарную дизартрию, возникающую при поражении самих нервов или ядерных образований, и псевдобульбарную, обусловленную двусторонним поражением кортико-нуклеарных путей, которые направляются из коры головного мозга к ядрам вышеназванных нервов. При дизартрии особенно нарушается произношение согласных, речь смазанная, невнятная или растянутая, замедленная, прерывистая. Дизартрия является следствием поражения ЦНС при ДЦП, но может быть результатом других мозговых заболеваний. Речь малоинтонированная, невыразительная. Фонематическое восприятие, как правило, недостаточно сформировано. Звуковой анализ и синтез осуществляются с трудом, отмечаются бедность словаря, недостаточное владение грамматическими конструкциями. Процесс овладения письмом и чтением затруднен.

К нарушениям внутренней стороны речи относятся *алалия и афазия.*

Алалия – дефект (отсутствие) речи при нормальном слухе и первичной сохранности умственных способностей, обусловленный поражением или недоразвитием речевых зон коры головного мозга. *Алалия моторная* – нарушение экспрессивной стороны речи. Нарушены фонетико-фонематическая и лексическая стороны речи, а также ее коммуни-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

кативная функция. В младенчестве отсутствует лепетная речь, к 2–3 годам появляются искаженные, малопонятные окружающим слова, к 4–5 годам – упрощенная фразовая речь. Не развито речевое подражание. В дошкольном и младшем школьном возрасте длительное время отсутствует согласование слов в роде, числе, падеже (грубое нарушение грамматического строя речи), неправильно употребляются предлоги, отсутствуют отглагольные формы, переставляются слоги и звуки в словах, словарь беден при достаточном понимании слышимой речи. Дети испытывают трудности при построении предложений, неправильно понимают значения слов. Нарушена ритмическая сторона речи – ребенок говорит медленно, с паузами между слогами и словами. Моторная алалия часто сочетается с дислексией и дисграфией. Словарь увеличивается медленно, долгое время ограничен обиходно-бытовой тематикой.

Психическое развитие носит неравномерный характер: дети с дефектами речи проявляют интерес к игрушкам, играм, хорошо ориентируются в быту, владеют навыками самообслуживания, их эмоции достаточно дифференцированы. Наблюдаются несколько сниженный круг представлений, задержка развития словесно-логического мышления, нередко снижение успеваемости, особенно по предметам с высокой речевой нагрузкой. В связи с этим темп развития психики замедляется, и с каждым годом дети все больше отстают от своих сверстников, особенно в выполнении вербальных заданий. Практически-действенное и наглядно-образное мышление значительно преобладают над абстрактно-логическим. Поэтому с трудом формируются операции сравнения, обобщения по существенным признакам, навыки счета. Выражены истощаемость, малая психическая активность, слабость побуждений, склонность к негативизму. Часто нарушены функции активного внимания, словесной памяти, произвольной регуляции психических процессов, поэтому ребенок постоянно нуждается в организующей помощи взрослых. С возрастом ребенок тяжелее переживает свою несостоятельность, становится все более раздражительным, обидчивым, неуверенным в себе, застенчивым.

Алалия сенсорная – недостаточное понимание слышимой речи, грубое нарушение фонетической стороны речи. Ведущий симптом – расстройство фонематического восприятия. Дети искажают слова, смешивают сходные по произношению звуки, сложные сочетания звуков воспринимаются ими как нечленораздельные. Речь крайне ограничена

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

и не контролируется слухом из-за недостаточности и неустойчивости акустического внимания. Обращенная к ребенку речь либо совсем им не понимается, либо ее понимание ограничивается привычной бытовой ситуацией. Дети слабо реагируют на обращения, не прислушиваются к речи, не подражают, но сохраняют мелодичность интонаций, модулированность. У детей с сенсорной дислалией нередко отмечаются задержки психического развития. Заметна разница между речевыми и неречевыми формами психической деятельности. Развитие таких детей благоприятно при раннем выявлении, лечении и коррекции. Однако в старших классах возникают затруднения при усвоении и особенно изложении гуманитарных предметов; при изучении точных дисциплин дети плохо понимают условие задачи и неправильно формулируют ход решения.

Афазия – полная или частичная утрата ранее сформированной речи, связанная с локальным поражением головного мозга – сосудистые нарушения, воспалительные процессы, черепно-мозговые травмы. Это распад речи после трехлетнего возраста. Моторная афазия: в связи с поражением двигательного речевого центра Брока теряется способность говорить или остается способность произносить отдельные слова и короткие фразы. Сенсорная афазия – нарушение понимания речи (восприятие неречевых звуков не нарушено), вызванное поражением чувствительного центра речи Вернике. Возможности компенсации резко ограничены. Непонимание речи окружающих и невозможность выразить свои желания вызывают нарушения поведения: агрессию, конфликтность, раздражительность.

Несколько в стороне от перечисленных речевых дефектов стоит мутизм. *Мутизмом* называется молчание ребенка, исчезновение нормально сформированной речи под влиянием психических потрясений или каких-либо иных психических травм. При этом сохраняется способность говорить и понимать речь. Мутизм может быть как тотальным (постоянным), так и избирательным, проявляясь лишь в определенных ситуациях или при общении с определенными людьми. Тотальный мутизм встречается в рамках шизофрении, раннего детского аутизма, глубокой депрессии, реактивных состояний, неврологических заболеваний, связанных с органическим повреждением ЦНС. Механизмом избирательного мутизма могут выступать реакции пассивного протеста в ответ на наказание, обиду, разлуку с близкими; в этом случае мутизм

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

называется патохарактерологическим. Существуют и невротические механизмы избирательного мутизма: истерический, когда речь отнимается в результате психической травмы шокового характера, и фобический, когда мутизм становится результатом страха перед речью. Встречается отсутствие речевого общения чаще всего в школьном возрасте, сочетаясь с заиканием.

Нарушения письменной речи включают в себя *дисграфию и дислексию.*

Дисграфия (аграфия) – частичное (полное) нарушение навыка письма вследствие очагового поражения или недоразвития коры доминантного полушария головного мозга. Чаще развивается в результате раннего поражения еще недостаточно дифференцированной нервной системы. Затруднено соотнесение звуков речи и их графического изображения, пространственное расположение букв (зеркальное письмо), разделение слов, написание букв. Буквы заменяются сходными по произношению, пропускаются, переставляются слоги, слитно пишутся два и более слов, заменяются графически сходные буквы. Затруднена техника письма – соблюдение строчек, четкость написания букв. Ошибки в письме не связаны со знанием правил правописания. В дошкольном возрасте эти дети не могут нарисовать предмет по памяти. При акустической дисграфии первично нарушен фонематический слух – дифференцировка сходных по звучанию фонем и замена их на письме (б-п, д-т). Дети пишут неграмотно, несмотря на знание правил грамматики. При оптической дисграфии дети не могут запомнить начертание букв-графем, и поэтому их письмо напоминает бессмысленный набор букв. Дисграфия часто сочетается с дислексией, дислалией, нарушением пространственного синтеза. Психика детей с дисграфией сходна с таковой при других нарушениях речи (дислалии).

Дислексия (алексия) – частичное (полное) нарушение чтения, связанное с поражением или недоразвитием некоторых участков коры головного мозга. Алексия оптическая – нарушение зрительного анализа буквенного состава слова (нарушение дифференцировки графем и перевода их в звуки). Акустическая алексия – нарушение слухового анализа звукового состава слова. При дислексии смешиваются и заменяются звуки и буквы, сходные по артикуляции, звучанию и графическому изображению. В более легких случаях отмечается замедленный или ускоренный темп чтения, перестановка букв, проглатывание сло-

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

гов, неверная расстановка ударений во время чтения. Дислексия приводит к неправильному пониманию даже простейшего текста и нередко сопровождается аграфией.

Неправильное произношение звуков может мешать развитию четкого слухового их восприятия, что затрудняет овладение звуковым составом слова. В таких случаях у детей нет четкого представления о том, из каких звукобуквенных элементов состоит слово, что влечет за собой трудности в анализе и синтезе звукового состава слова, нарушает усвоение чтения и письма. Коррекция дислексии и аграфии основана на преодолении недостатков фонематического слуха и произношения. У ребенка необходимо сформировать четкие представления о звуковом составе слов при одновременной коррекции произношения, развить навыки анализа и синтеза при восприятии и воспроизведении речевых звуков, что является задачей логопеда.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

ЛИТЕРАТУРА

1. **Варенова, Т. В.** Теория и практика коррекционной педагогики : учебное пособие / Т. В. Варенова. – Мн. : Асар, 2003.
2. **Винникова, Е. А.** Основы специальной психологии : программно-методический комплекс / Е. А. Винникова. – Минск, 2009.
3. **Кузнецова, Л. В.** 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.
4. **Лебединский, В. В.** Нарушения психического развития в детском возрасте : учеб. пособие / В. В. Лебединский. – М., 2007.
5. **Саенко, Ю. В.** Специальная психология / Ю. В. Саенко. – М. : Академический проект, 2006.
6. **Сорокин, В. М.** Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под науч. ред. Л. М. Шипициной. – СПб., 2003.
7. **Усанова, О. Н.** Специальная психология : учебное пособие / О. Н. Усанова. – СПб. : Питер, 2008.
8. **Шамарина, Е. В.** Основы специальной педагогики и психологии : учебное пособие / Е. В. Шамарина. – М., 2007.
9. **Шаповал, И. А.** Специальная психология : учебное пособие / И. А. Шаповал. – М. : Сфера, 2005.

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3
Лекция № 1. ПРИНЦИПЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ ... 8
Лекция № 2. МЕТОДЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ 12
Лекция № 3. ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ОПФР 19
Лекция № 4. ПАРАМЕТРЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА 23
Лекция № 5. ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 27
Лекция № 6. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ В УСЛОВИЯХ ДЕПРИВАЦИИ 33
Лекция № 7. ДЕТИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 40
Лекция № 8. ДЕТИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ 50
Лекция № 9. ДЕТИ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОВЕДЕНИЯ И АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ 68
Лекция № 10. ДЕТИ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ 76
Лекция № 11. ДЕТИ С ДЕФЕКТАМИ ЗРЕНИЯ 79
Лекция № 12. ДЕТИ С ДЕФЕКТАМИ СЛУХА 84
Лекция № 13. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА 90
Лекция № 14. ДЕТИ С ДЕФЕКТАМИ РЕЧИ 96

ЛИТЕРАТУРА 104

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова

Учебное издание

Дудова Надежда Михайловна

ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

Курс лекций

В 2-х частях

Часть первая

Технический редактор *А. Л. Позняков*
Компьютерная верстка *А. Л. Позняков*
Корректор *И. Г. Коржова*

Подписано в печать 16.05.2022.
Формат 60x84/16. Гарнитура Times New Roman Cyr.
Усл.-печ. л. 6,3. Уч.-изд. л. 6,5. Тираж 39 экз. Заказ № 117.
Учреждение образования «Могилевский государственный университет имени А. А. Кулешова», 212022, Могилев, Космонавтов, 1
Свидетельство ГРИИРПИ № 1/131 от 03.01.2014 г.
Отпечатано в отделе оперативной полиграфии
МГУ имени А. А. Кулешова. 212022, Могилев, Космонавтов, 1

Электронный архив библиотеки МГУ имени А.А. Кулешова