

Министерство образования Республики Беларусь  
Учреждение образования «Витебский государственный  
университет имени П.М. Машерова»  
Институт повышения квалификации и переподготовки кадров

**Н.В. Кухтова, С.В. Лауткина**

# **СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

*Курс лекций*

*Витебск  
ВГУ имени П.М. Машерова  
2016*

УДК 159.9:616(075.8)  
ББК 88.72я73  
К95

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 3 от 19.02.2016 г.

Авторы: доцент кафедры прикладной психологии ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат психологических наук, доцент **Н.В. Кухтова**; доцент кафедры коррекционной работы ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат психологических наук, доцент **С.В. Лауткина**

Рецензенты:

заведующий кафедрой возрастной и педагогической психологии УО «БГПУ имени М. Танка», кандидат психологических наук, доцент *О.В. Белановская*;  
директор ГУО «Витебский областной центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» *М.Г. Федорова*

**Кухтова, Н.В.**

**К95** Специальная психология : курс лекций / Н.В. Кухтова, С.В. Лауткина. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2016. – 160 с.

В данном издании содержатся лекционный материал, вопросы и задания для самостоятельного контроля и литература по каждой теме. В обобщенной форме излагаются общетеоретические положения, лежащие в основе современной специальной психологии, общие закономерности нарушенного психического развития и даются характеристики детей с особенностями психофизического развития. Курс лекций адресован слушателям переподготовки по специальности 1-03 03 71 «Логопедия» (квалификация: учитель-логопед).

УДК 159.9:616(075.8)  
ББК 88.72я73

© Кухтова Н.В., Лауткина С.В., 2016  
© ВГУ имени П.М. Машерова, 2016

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Введение</b> .....	5
<b>Тема 1. Теоретико-методологические основы специальной психологии</b> .....	6
1.1. Специальная психология как самостоятельная отрасль науки и практики: определение, цель, задачи .....	6
1.2. Разделы специальной психологии, взаимосвязь с другими отраслями психологии и науками .....	7
1.3. Принципы специальной психологии .....	9
1.4. Методы специальной психологии .....	12
<b>Тема 2. Закономерности психического развития детей при нарушенном развитии</b> .....	20
2.1. Общая характеристика нарушений психофизического развития .....	20
2.2. Общие и специфические закономерности психического развития детей .....	21
2.3. Психологические параметры дизонтогенеза и классификация нарушений в развитии по типу дизонтогенеза .....	22
<b>Тема 3. Этиология и систематизация нарушений психического развития</b> .....	27
3.1. Понятие нормы в развитии детей. Понятие дефекта. Первичный и вторичный дефекты .....	27
3.2. Этиология и патогенез нарушенного развития .....	30
3.3. Современные классификации детей с особенностями психофизического развития .....	34
<b>Тема 4. Особенности познавательной деятельности при разной структуре нарушений</b> .....	42
4.1. Психологические особенности познавательной сферы детей с нарушениями психического развития (трудностями в обучении) .....	42
4.2. Психологические особенности познавательной сферы детей с интеллектуальной недостаточностью .....	45
4.3. Особенности познавательной сферы у детей с нарушениями речи .....	51
4.4. Психологические особенности детей с ДЦП с сохранным интеллектом: особенности познавательной сферы .....	56
4.5. Особенности познавательной сферы у детей с нарушениями зрения .....	60
4.6. Особенности познавательной сферы у детей с нарушениями слуха .....	62
4.7. Познавательная сфера детей с РДА .....	66
<b>Тема 5. Особенности личности детей с особенностями психофизического развития</b> .....	82
5.1. Личность детей с нарушениями психического развития (трудностями в обучении) .....	82
5.2. Особенности личности детей с интеллектуальной недостаточностью .....	83
5.3. Особенности личности детей с нарушениями речи .....	84
5.4. Личность детей с ДЦП .....	87
5.5. Личность детей с нарушениями слуха .....	88
5.6. Личность детей с нарушениями зрения .....	89
5.7. Личность детей с РДА .....	90

<b>Тема 6. Особенности социализации детей с особенностями психофизического развития</b> .....	96
6.1. Сущность, условия и критерии социализации. Социализация детей с ОПФР ...	96
6.2. Семья как основной агент социализации и социальной адаптации детей с ОПФР. Психологическая помощь семьям, имеющим детей с ОПФР .....	98
<b>Тема 7. Компенсация и адаптация в специальной психологии</b> .....	105
7.1. Понятие о компенсации, декомпенсации, сверхкомпенсации, псевдокомпенсации .....	105
7.2. Компенсаторные процессы. Компенсация отклонений в развитии .....	107
7.3. Адаптационные процессы в специальной психологии .....	109
<b>Тема 8 Психологические основы коррекционной работы с детьми с особенностями психофизического развития</b> .....	111
8.1. Коррекционные направления в работе с детьми с особенностями психофизического развития .....	111
8.2. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениям в развитии .....	113
8.3. Психокоррекционная работа с детьми с нарушениями психического развития (трудностями в обучении) .....	115
8.4. Психокоррекционная работа при легкой интеллектуальной недостаточности .....	117
8.5. Психокоррекционная работа с детьми с речевыми нарушениями .....	119
8.6. Психокоррекционная работа при ДЦП .....	121
8.7. Психокоррекционная работа при нарушениях слуха .....	124
8.8. Психокоррекционная работа при нарушениях зрения .....	125
8.9. Психокоррекционная работа при РДА .....	125
8.10. Арттерапия в системе психокоррекционной помощи детям с особенностями психофического развития .....	129
<b>Заключение</b> .....	131
<b>Список литературы</b> .....	132
<b>Информационные ресурсы интернета</b> .....	136
<b>Глоссарий</b> .....	138
<b>Приложения</b> .....	147

## ВВЕДЕНИЕ

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

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

Предлагаемый курс лекций позволяет в процессе освоения «Специальной психологии»:

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

В результате знакомства с курсом «Специальная психология» у слушателей формируются следующие *профессиональные компетенции*:

- умения выявлять признаки отклонений в развитии у детей;
- осуществлять психолого-педагогическое обследование детей с особенностями психофизического развития;
- определять психологическую структуру дефекта при нарушениях развития;
- применять знания об основных закономерностях и особенностях развития детей с нарушениями развития при выборе методов и приемов в процессе их обучения, воспитания и в психокоррекционной работе.

«Специальная психология» написана на основе сведений, изложенных в специальной литературе, и результатов собственных многолетних исследований и практической работы авторов с детьми, подростками и взрослыми с особенностями психофизического развития.

Курс лекций предназначен для слушателей специальности 1-03 03 71 «Логопедия» (квалификация: учитель-логопед) и подготовлен в соответствии с Образовательными стандартами Республики Беларусь для переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих высшее образование по перечисленным специальностям.

*Психологическое познание столь же древне, как и сам человек.  
М.Г. Ярошевский*

## ТЕМА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

### **План:**

- 1.1. Специальная психология как самостоятельная отрасль науки и практики: определение, цель, задачи**
- 1.2. Разделы специальной психологии, взаимосвязь с другими отраслями психологии и науками**
- 1.3. Принципы специальной психологии**
- 1.4. Методы специальной психологии**

**Основные понятия:** специальная психология, атипия развития, категориально-понятийный аппарат, принципы, методы

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

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

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

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

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

**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: 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 с ними.

## **1.2. Разделы специальной психологии, взаимосвязь с другими отраслями психологии и науками**

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

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

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

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

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

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

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

**Первый уровень** – *внутрипсихологический*. Отражаются внутрипредметные связи, связанные с различными отраслями психологического знания (общая психология, возрастная психология, педагогическая психология, клиническая, социальная и другие). Так, *клиническая психология*, как и патопсихология, имеет дело с психологической про-

блематикой, 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 (таблица 1).

**Таблица 1 – Предмет и задачи специальной психологии и смежных наук**

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

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

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



Некоторые авторы (В.В. Богословский, Л.Г. Ковалев, А.А. Степанов) считают специальную психологию частью *патопсихологии*, обосновывая свои взгляды тем, что обе науки изучают нарушения психического развития и психической деятельности людей (таблица 1). По их мнению, эти науки имеют одинаковый предмет. Специальная психология изучает специфику нарушений *развития* психической сферы у детей, тогда как патопсихология изучает закономерности *распада* сформировавшейся психики, структуры личности. 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 на 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* обуславливает более глубокое понимание психопатологических последствий нарушенного развития.

Определение специальной психологии как психологической науки подразумевает ее отграничение от клинических дисциплин (невропатологии, психиатрии). *Клинические дисциплины изучают* этиологию и патогенез заболеваний, появление и чередование симптомов и синдромов, прогнозируют заболевания, занимаются их лечением и профилактикой.

Эти связи основаны на общности объекта изучения, которым является человек и все многообразие его деятельности. Специальная психология зародилась в недрах медицины и дефектологии. Выделение специальной психологии в самостоятельную науку произошло, с одной стороны, вследствие запросов практики, с другой стороны, вследствие накопления и систематизации научных знаний в коррекционной педагогике, медицине, возрастной психологии.

Взаимопроникновение специальной психологии и других наук – существенный фактор ее развития. Оценивая важность такого взаимопроникновения, необходимо четко представлять предмет и задачи специальной психологии во избежание размывания ее границ.

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

### **1.3. Принципы специальной психологии**

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

На современном этапе развития *принципами специальной психологии* являются:

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

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

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

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

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

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

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

5. *Принцип отражательности*. Суть его сводится к тому, что все психические явления, во всем их многообразии, представляют особую, высшую форму отражения окружающего мира в виде образов, понятий, переживаний. Фундаментальными свойствами психического отражения являются его субъектность, активность, избирательность

и целенаправленность. Любые формы отклонений в психическом развитии представляют собой затруднения в процессе становления разных сторон отражательной деятельности психики. Эти затруднения могут касаться развития образного отражения, понятийного (вербально-логического), эмоционально-смыслового и т.д.

*К принципам психологического изучения* детей с ОПФР относятся.

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

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

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

Исторически этот принцип связан с рассмотрением Л.С. Выготским дефектов в иерархии: выделением первичных, вторичных, третичных дефектов. Принцип системного структурно-динамического изучения требует определить иерархию в нарушении психического развития, а также проанализировать каждую из составляющих деятельности ребенка (мотивацию, ориентировку, исполнение и контроль результата).

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

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

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

Качественный анализ не противостоит анализу количественному, количественные показатели только уточняют его. Количественный анализ, применяемый чаще всего в тестировании, недостаточно информативен в плане прогноза, поскольку отражает

отклонения в развитии лишь с негативной стороны, не давая представления об отношении дефекта к резервам развития.

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

#### 1.4. Методы специальной психологии

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

##### 1. Методы исследования

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

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

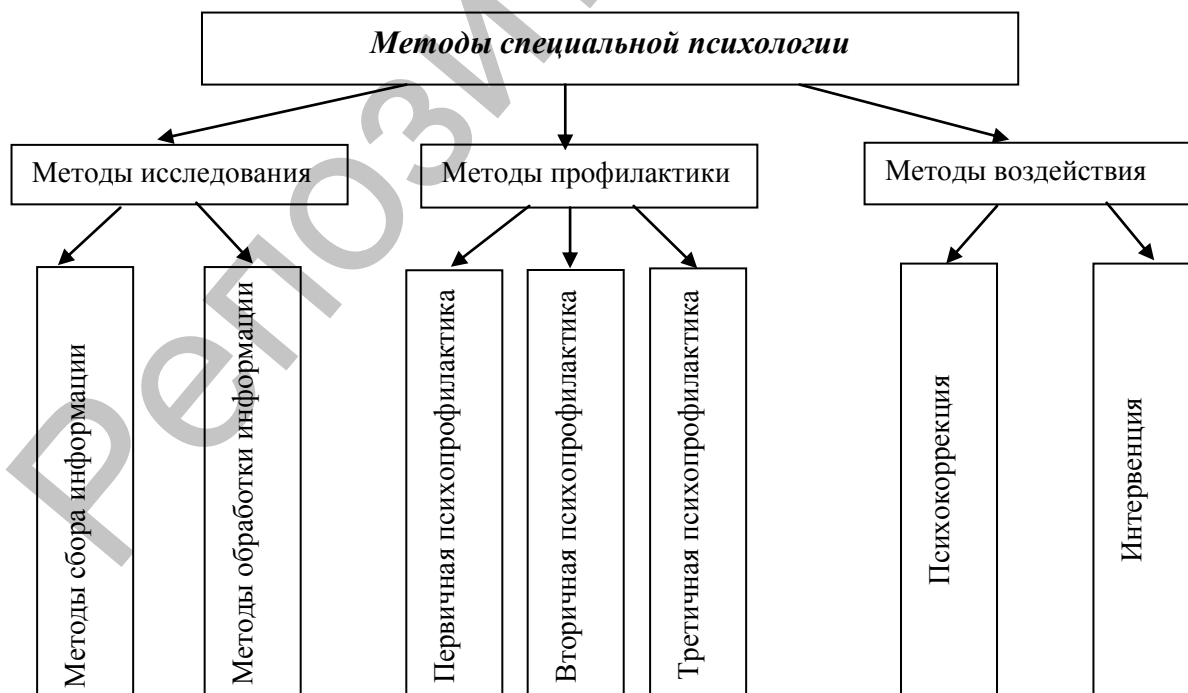


Рисунок 1 – Методы специальной психологии

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

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

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

*Беседа со взрослыми* используется для сбора анамнестических данных о ребенке и выявления отношения взрослых к проблемам ребенка. Выясняется, отмечают ли у ребенка нарушения ориентировки в пространстве и времени, как ребенок ведет себя, как он относится к родителям, каковы его интересы и склонности, в чем заключаются затруднения в развитии. Одновременно такая беседа позволяет установить, насколько правильно оценивают значимые для ребенка взрослые уровень его интеллектуального и личностного развития; очень важно взглянуть на дефект ребенка «глазами близких ему людей». Беседа со взрослыми направлена на выяснение того, испытывает ли проблемы ребенок или сами взрослые (родители, воспитатели, учителя).

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

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

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

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

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

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

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

## 2. Методы профилактики

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

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

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

**Таблица 2 – Формы психологической профилактики**

Уровень профилактики	Объект работы	Цель	Основная задача
Первичная	Практически все люди	Забота о психическом здоровье и психических ресурсах	Коррекция негрубых эмоциональных, поведенческих и других расстройств

Окончание табл. 2

<b>Вторичная</b>	Группа риска	Раннее выявление трудностей в учении и поведении	Преодоление трудностей до того, как дети станут социально или эмоционально неуправляемыми
<b>Третичная</b>	Дети с ярко выраженными проблемами	Коррекция или преодоление серьезных трудностей и проблем	Декомпенсация различных нарушений средствами психокоррекции

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

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

### 3. Методы воздействия

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Тесты

**1. Специальная психология – научная дисциплина, предметом исследования которой является психология детей с особенностями ... развития:**

- А. Психофизического
- Б. Психофизиологического
- В. Психологического
- Г. Социального

**2. Какая отрасль специальной психологии сложилась только в конце 20 века?**

- А. Олигофренопсихология
- Б. Тифлопсихология
- В. Сурдопсихология
- Г. Общая теория специальной психологии

**3. Какой из основных общеметодологических принципов специальной психологии был впервые сформулирован А.Н. Леонтьевым?**

- А. Принцип отражения
- Б. Принцип детерминизма
- В. Принцип развития
- Г. Принцип единства сознания и деятельности

**4. ... – это наука о психических особенностях развития аномальных детей, закономерностях их обучения и воспитания:**

- А. Патопсихология
- Б. Олигофренопедагогика
- В. Олигофренопсихология
- Г. Коррекционная педагогика

**5. Какое из данных определений является верным?**

- А. Логопсихология – это психология лиц с нарушениями речи
- Б. Логопсихология – это психология лиц с особенностями психофизического развития
- В. Логопсихология – это психология лиц с нарушениями эмоционально-волевой сферы
- Г. Логопсихология – это психология лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата

**6. Область специальной психологии, которая изучает психические особенности человека, имеющего речевые нарушения, называется:**

- А. Логопедия
- Б. Логопсихология
- В. Патопсихология
- Г. Сурдопедагогика

**7. К какой группе методов специальной психологии как науки относится сбор и анализ анамнестических данных:**

- А. Организационные
- Б. Эмпирические
- В. Интерпритационные
- Г. Математико-статистические

**8. Предметом ... является изучение своеобразия психического развития людей с различными формами речевой патологии:**

- А. Логопедии
- Б. Сурдопедагогике
- В. Логопсихологии
- Г. Патопсихологии

**9. Разработка методики коррекционного воздействия ведется с учетом последовательности появления форм и функций речи, а также видов деятельности ребенка в онтогенезе и базируется на принципе:**

- А. Комплексности
- Б. Развития
- В. Системности
- Г. Онтогенетическом

**10. Патопсихология – это:**

А. Отрасль психологической науки, изучающая закономерности психического развития и особенности психической деятельности детей и взрослых с психическими и физическими недостатками

Б. Изучает изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга, вызванных психическими или соматическими заболеваниями, в то время как специальная психология имеет дело с устойчивыми аномальными состояниями, вызванными не текущим болезненным процессом, а отдаленными последствиями каких-то органических повреждений или нарушений формирования психических функций в результате крайне неблагоприятных социальных условий

В. 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.

**11. Клиническая психология – это:**

А. Отрасль психологической науки, изучающая закономерности психического развития и особенности психической деятельности детей и взрослых с психическими и физическими недостатками.

Б. Изучает изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга, вызванных психическими или соматическими заболеваниями, в то время как специальная психология имеет дело с устойчивыми аномальными состояниями, вызванными не текущим болезненным процессом, а отдаленными последствиями каких-то органических повреждений или нарушений формирования психических функций в результате крайне неблагоприятных социальных условий.

В. 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.

**12. Предметом изучения специальной психологии является:**

- А. Воспитание и обучение детей с нарушенным развитием
- Б. Развитие психики, протекающее в неблагоприятных условиях
- В. Своеобразие психического развития лиц с нарушенным зрением
- Г. Особенности психического развития лиц с интеллектуальными нарушениями

**13. С какими смежными науками связана специальная психология:**

- А. Психологией
- Б. Травматологией
- В. Специальной педагогикой
- Г. Медицинской генетикой
- Д. Возрастной психологией

- Е. Психофизиологией
- Ж. Педагогической психологией
- З. Нейропсихологией.

**14. Известными специалистами в области отечественной психологии детей со сложными нарушениями развития являются:**

- А. М.С. Певзнер, С.Я. Рубинштейн, Ж.И. Шиф, И.М. Соловьев
- Б. Л.И. Тигранова, А.П. Гозова, Т.В. Розанова, Р.М. Боскис
- В. М.И. Земцова, Л.И. Солнцева, А.Г. Литвак, Л.П. Григорьева
- Г. И.А. Соколянский, А.И. Мещеряков, Т.А. Баилова, А.В. Ярмоленко

**15. Основатель генетической психологии, который внес огромный вклад в изучение мышления ребенка:**

- А. А.Р. Лурия
- Б. Ж. Пиаже
- В. С.Л. Рубинштейн
- Г. А.Н. Леонтьев

**16. Большое значение при обследовании детей с ОПФР имеет анализ продуктов деятельности, при этом изучению подлежат результаты разных видов деятельности. Какой вид деятельности не относится к вышесказанному?**

- А. Изобразительная деятельность
- Б. Конструирование
- В. Мыслительная деятельность
- Г. Лепка

**17. Установите соответствие между фамилиями ученых и предметными областями специальной психологии, в которых ими сделаны теоретические и практические исследования**

1. Р.Е. Левина, М.Е. Хватцев, Л.С. Цветкова	А. Олигофренопсихология
2. М.С. Певзнер, Г.Е. Сухарева, С.Я. Рубинштейн	Б. Сурдопсихология
3. А.П. Гозова, Г.Л. Выгодская, Л.И. Тигранова	В. Тифлопсихология
4. Л.И. Солнцева, А.Г. Литвак, М.И. Земцова	Г. Логопсихология

... дефект есть не только минус, недостаток, слабость,  
но и плюс, источник силы и способностей!  
Л.С. Выготский

## ТЕМА 2. ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПРИ НАРУШЕННОМ РАЗВИТИИ

**План:**

- 2.1. Общая характеристика нарушений психофизического развития
- 2.2. Общие и специфические закономерности психического развития детей
- 2.3. Психологические параметры дизонтогенеза и классификация нарушений в развитии по типу дизонтогенеза

**Основные понятия:** дизонтогенез, дети с особенностями психофизического развития (ОПФР), классификации детей с ОПФР, закономерности психического развития

### 2.1. Общая характеристика нарушений психофизического 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. Кашенко, Л.С. Выготский и др.), а в конце 30-х годов 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 годов XX в. за рубежом по мере развития идеи и внедрения моделей интегрированного обучения стали происходить изменения в терминологии. 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 индивидуума, 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 психофизического 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.

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

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

**3. 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; 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.

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

## **2.2. 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, неадаптивность к фрустрации, снижение резистентности к стрессу, недостаточная социальная адаптация); 3) зависимость компенсаторных процессов от времени и качества коррекции.

### **2.3. Психологические параметры дизонтогенеза и классификация нарушений в развитии по типу дизонтогенеза**

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

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

**Второй параметр** – время поражения – определяет характер нарушения психического развития. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее недоразвитие. С параметром времени связана и другая вероятность поражения той или иной функции – это сензитивный период. По мнению В.В. Лебединского, в первую очередь, страдают те психические функции, которые находятся в сензитивном периоде, затем функции, связанные с поврежденными. Поэтому у ребенка с каким-либо нарушением психического развития одни функции будут относительно 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 психолого-педагогической коррекции. Необходимость наиболее ранней коррекции вторичных нарушений обусловлена особенностями психического развития детей. Пропущенные сроки в обучении и воспитании ребенка с нарушенным психическим развитием автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, в этом случае требуются сложные специальные усилия по преодолению нарушения.

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

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

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

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

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

*Дефицитное развитие* связано с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторов. В этом случае развитие происходит в условиях дефицита получения информа-

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

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

### Тесты

**1. Кто из исследователей предложил термин «дизонтогенез»?**

- А. Швальбе
- Б. В.В. Лебединский
- В. Л.С. Выготский
- Г. А.Р. Лурия

**2. В 1927 году Швальбе ввел термин:**

- А. Патогенез
- Б. Онтогенез
- В. Дизонтогенез
- Г. Филогенез

**3. Какое явление не будет проявлением «асинхронии развития»?**

- А. Ретардация
- Б. Компенсация
- В. Акселерация
- Г. Сочетание ретардации и акселерации

**4. Незавершенность отдельных периодов развития и сохранение более ранних форм:**

- А. Ретардация
- Б. Акселерация
- В. Сочетание ретардации и акселерации
- Г. Все ответы верные

**5. Кто выделил 3 вида психического дизонтогенеза в своей классификации: недоразвитие, поврежденное развитие, искаженное развитие?**

- А. Л. Каннер



Б. В.Е. Сухарева  
В. К.Р. Ушаков  
Г. В.В. Лебединский  
Д. Я. Лутц

**6. Примером какого варианта психического дизонтогенеза является синдром раннего детского аутизма по классификации В.В. Лебединского?**

А. Задержанное развитие  
Б. Дефицитарное развитие  
В. Искаженное развитие  
Г. Стойкое недоразвитие  
Д. Дисгармоничное развитие

**7. Примером, какого варианта психического дизонтогенеза является моторная алалия по классификации В.В. Лебединского?**

А. Задержанное развитие  
Б. Дефицитарное развитие  
В. Искаженное развитие  
Г. Тип стойкого недоразвития  
Д. Дисгармоничное развитие

**8. Примером, какого варианта психического дизонтогенеза является умственная отсталость (интеллектуальная недостаточность) по классификации В.В. Лебединского?**

А. Задержанное развитие  
Б. Дефицитарное развитие  
В. Искаженное развитие  
Г. Тип стойкого недоразвития  
Д. Дисгармоничное развитие

**9. Психическим параметром дизонтогенеза по В.В. Лебединскому не является:**

А. Функциональная локализация нарушения  
Б. Время поражения  
В. Диспропорции в развитии  
Г. Нарушение межфункционального взаимодействия  
Д. Взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом

**10. Сколько видов дизонтогенеза выделил в своей классификации В.В. Лебединский:**

А. Шесть  
Б. Пять  
В. Четыре  
Г. Семь

**11. Наиболее распространенными основаниями классификации нарушений являются:**

А. Причины нарушений  
Б. Виды нарушений с последующей конкретизацией их характера  
В. Последствия нарушений, которые сказываются в дальнейшей жизни  
Г. Все ответы верны

**12. Изучение нарушений психофизического развития проходит в следующих аспектах:**

А. Клинический  
Б. Интеллектуальный  
В. Методический  
Г. Психологический

- Д. Педагогический
- Е. Социологический
- Ж. Профессиональный
- З. Биологический.

**14. Любое необоснованное, немотивированное сопротивление воздействию других людей называется:**

- А. Дизонтогенез
- Б. Негативизм
- В. Асфиксия
- Г. Интоксикация

**15. Установите соответствие между критерием классификации и видами нарушений**

1. Время возникновения	А. Органические и функциональные
2. Степень распространенности	Б. Врожденные и приобретенные
3. Характер расстройства	В. Локальные и диффузные

**16. Установите соответствие между вариантами дизонтогенеза и их содержанием**

1. Стойкое недоразвитие	А. Врожденное или рано приобретенное нарушение эмоционально-волевой сферы
2. Задержанное развитие	Б. Раннее поражение, характеризующееся выраженной незрелостью мозговых систем
3. Поврежденное развитие	В. Сочетания общего недоразвития, поврежденного, задержанного и ускоренного развития отдельных психических функций
4. Дефицитарное развитие	Г. Тяжелые повреждения анализаторов
5. Искаженное развитие	Д. Наследственные заболевания, инфекции, воздействующие на всех этапах формирования плода и ребенка, интоксикации, травмы ЦНС с более поздним воздействием на мозг
6. Дисгармоничное развитие	Е. Замедленный темп формирования познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы.

**17. К общим закономерностям отклонения развития относятся:**

- А. Снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации
- Б. Трудность словесного опосредования
- В. Замедление процесса формирования представлений и понятий об окружающей действительности
- Г. Все ответы верные

**18. Нарушения психофизического развития изучаются в 4 аспектах. Какой сюда не подходит?**

- А. Клинический
- Б. Психологический
- В. Физический
- Г. Педагогический
- Д. Социологический

**21. К общим закономерностям отклонения развития относятся...**

- А. Снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации
- Б. Трудность словесного опосредования
- В. Замедление процесса формирования представлений и понятий об окружающей действительности
- Г. Риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности

### ТЕМА 3. ЭТИОЛОГИЯ И СИСТЕМАТИЗАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

**План:**

- 3.1. Понятие нормы в развитии детей. Понятие дефекта. Первичный и вторичный дефекты
- 3.2. Этиология и патогенез нарушенного развития
- 3.3. Современные классификации детей с особенностями психофизического развития

**Общие понятия:** норма, виды норм, условия нормального психического развития, дефект, структура дефекта, первичный и вторичный дефект, этиология, патогенез, нарушения развития, классификации детей с ОПФР

#### 3.1. Понятие нормы в развитии детей. Понятие дефекта. Первичный и вторичный дефекты

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

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

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

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

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

Г.К. Ушакова выделяет следующие *первоочередные критерии нормы*: 1) детерминированность психических явлений, их необходимость, причинность, упорядоченность; 2) соответствующую возрасту индивида зрелость чувства постоянства места обитания (константность); 3) максимальное приближение формирующихся субъективных образов отражаемым объектам действительности; 4) гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней; 5) адекватность реакций человека на окружающие его физические, биологические и психические влияния; 6) соответствие физических и психических реакций силе и частоте внешних раздражителей; 7) удовлетворение своим местом в среде себе подобных, гармонию взаимоотношений с ними; 8) умение уживаться с иными лицами и с самим собой; 9) критический подход к обстоятельствам жизни; 10) способность самокоррекции поведения в соответствии с нормами, типичными для разных коллективов; 11) адекватность реакций на социальную среду; 12) чувство ответственности за потомство и близких членов семьи; 13) постоянство и идентичность переживаний в однотипных обстоятельствах; 14) способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций; 15) самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для его остальных членов; 16) способность планировать и осуществлять свой жизненный путь.

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

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

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

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

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

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

**1. Статистическая норма.** Уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры и т.д.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Игнорирование* – часто встречается при олигофрении, связано с недоразвитием мышления и недостаточной критикой к успешности своей деятельности.

- *Вытеснение* – относится к невротическому типу реагирования на дефект и проявляется в сознательном непризнании его существования при подсознательном конфликте, накоплении негативных эмоций.

- *Компенсация* – такой тип реагирования, при котором происходит осознание дефекта и замещение утраченной функции за счет более сохранных.

- *Гиперкомпенсация* – усиленное развитие сохранных функций, сочетающихся со стремлением доказать, что дефект не приводит к каким-либо проблемам.

- *Астенический тип* реагирования приводит к возникновению заниженного уровня притязаний, низкой самооценке, фиксации на осознании своей неполноценности.

Л.С. Выготский вводит понятие *структура дефекта* – первичный симптом, являющийся следствием биологически обусловленного дефекта, составляет ядро сложного симптомокомплекса (синдрома) и лежит в основе вторичных симптомов. Психологические и биологические проявления существуют в сложном взаимодействии, взаимно влияя друг на друга (рисунок 2).

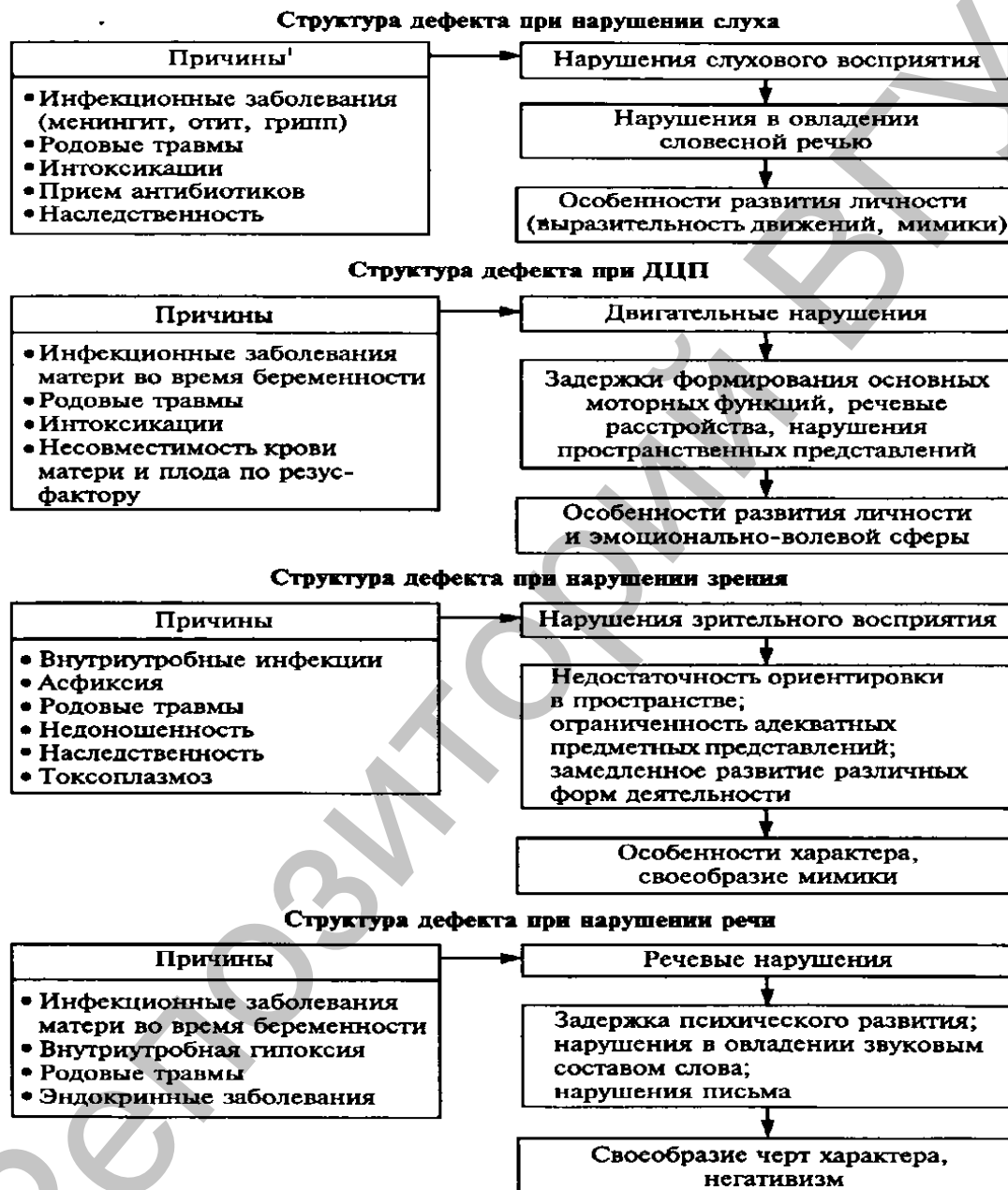


Рисунок 2 – Структура дефекта при различных нарушениях

### 3.2. Этиология и патогенез нарушенного развития

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

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

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

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

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

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

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

**Таблица 3 – Этиологическая классификация дефектов и отклонений развития**

Причины (по времени действия)	Дефекты и отклонения развития
<b>Генетические</b>	Хромосомные аномалии. Дегенеративные заболевания. Врожденные дефекты метаболизма. Пороки развития
<b>Пренатальные</b>	Внешние травмы. Малый вес при рождении. Пороки развития. Инфекции матери. Облучение матери. Интоксикация. Недостаток питательных веществ у матери (до и после зачатия). Другие осложнения во время беременности. Плацентарные дефекты: дегенерация, повреждение плаценты, досрочное разделение. Сезонные и географические факторы. Социально-экономические факторы. Стресс – эмоциональный, от излишней работы и др.

<b>Перинатальные</b>	Гипоксия. Сдавливание и разрыв нервной ткани. Кровотечения. Желтуха, несовместимость групп крови, сепсис и др. Другие расстройства новорожденного.
<b>Постнатальные</b>	Дегенеративные и неопластические заболевания. Инфекции. Интоксикации. Истощение. Депривация. Обедненная в социально-культурном и образовательном аспектах среда. Травма

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

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

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

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

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

3) *воспалительную форму* вызывают нейроинфекции – менингиты и энцефалиты, вторичные воспалительные заболевания мозга, возникающие в виде осложнений при кори, ветряной оспе, гриппе, воспалении легких. В остром периоде этих заболеваний возможно развитие энцефалита, поражение вещества и оболочки головного и спинного мозга с последующими двигательными, речевыми, интеллектуальными нарушениями. Наиболее тяжелые последствия наблюдаются при внутриутробном поражении вследствие различных инфекций матери (краснуха, грипп, инфекционный гепатит и др.). В постнатальном периоде заболевание менингитом может привести к развитию гидроцефалии, глухоте, двигательным нарушениям, ЗПР. Перенесенный энцефалит бывает причиной глубоких задержек психического и моторного развития, аффективных вспышек, неустойчивого настроения.

4) *токсические формы* чаще обусловлены внутриутробными интоксикациями. Причиной может быть прием матерью во время беременности лекарственных препаратов – антибиотиков, сульфаниламидов и др. Действие ядовитых продуктов на ЦНС вызывает задержки развития, умственную отсталость с нарушениями сенсорной сферы и



др. Другая причина – алкоголизм родителей, употребление алкоголя матерью во время беременности. В результате наблюдается сложное сочетание различных отклонений: структурные изменения в ЦНС, костной системе, внутренних органах сопровождаются неврологическими, психическими и нейроэндокринными нарушениями.

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

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

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

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

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

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

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

Дж. Боулби (1951) вводит понятие «*сепарация*» – ситуация долговременной разлуки ребенка с матерью или иным лицом, занимающим ее место. И. Лангмейер и З. Матейчек включают в ситуацию сепарации и всякое прекращение специфической связи между ребенком и его социальной средой. Особенно серьезна такая ситуация для

детей в первые 3–5 лет жизни. Сепарация затрагивает этическое развитие личности и формирование у ребенка нормального чувства тревоги.

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

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

### 3.3. Современные классификации детей с особенностями психофизического развития

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

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

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

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

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

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

диффузно поврежденный тип развития); 4) дефицитарное развитие (раннее и позднее дефицитарное развитие).

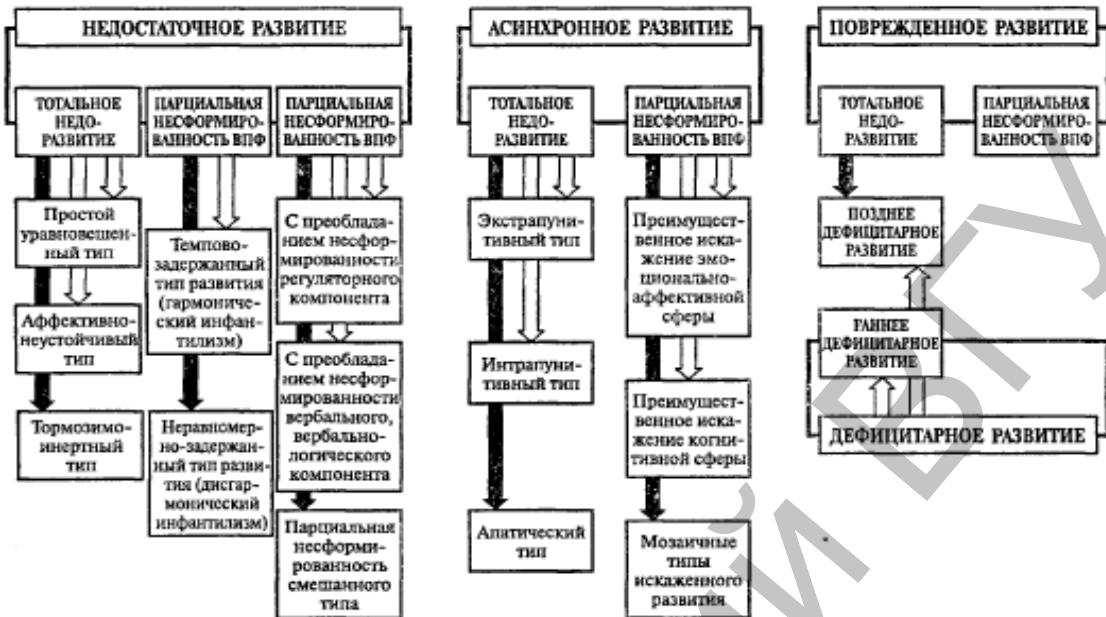


Рисунок 3 – Группы детей с особенностями развития по Н.Я. Семаго, М.М. Семаго

В соответствии с Кодексом Республики Беларусь об образовании, вступившим в силу 01.09.2011 г., к категории лиц с ОПФР относят лиц, «имеющее физические и (или) психические нарушения, которые ограничивают его социальную деятельность и препятствуют получению образования без создания для этого специальных условий». Это лица: 1) с интеллектуальной недостаточностью; 2) с тяжелыми нарушениями речи; 3) с нарушением слуха; 4) с нарушениями зрения; 5) с нарушениями психического развития (трудностями в обучении); 6) с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата; 7) с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

На основе кодификации нарушений психофизического развития в МКБ-10 выделяются следующие (см. Приложение А):

**I. (F70-F79) – Умственная отсталость**

Умственная отсталость – (интеллектуальная недостаточность)

F70 – умственная отсталость легкой степени

F71 – умственная отсталость умеренная

F72 – умственная отсталость тяжелая

F73 – умственная отсталость глубокая

F78 – другие формы умственной отсталости

F79 – умственная отсталость неуточненная

**II. (F80-F89) – Расстройства психологического развития**

F80 – специфические расстройства развития речи и языка

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

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

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

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

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

F81 – специфические расстройства развития учебных навыков

F81.0 – специфическое расстройство чтения – (дислексия)

F81.1 – специфическое расстройство спеллингования – (дисграфия)  
 F81.2 – специфическое расстройство арифметических навыков – (дискалькулия)  
 F81.3 – смешанное расстройство учебных навыков – (задержка психического развития психогенного происхождения)

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

F82 – специфические расстройства развития моторной функции

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

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

R47.0 – дисфагия и афазия – (афазия)

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

R49.0 – дисфония – (дисфония)

R49.1 – афония – (афония)

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

F98.5 – заикание – (заикание)

F98.6 – речь взхлеб – (тахилалия)

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

F84 – общие расстройства психологического развития

F84.0 – детский аутизм

F84.1 – атипичный аутизм

F84.2 – синдром Ретта

F84.3 – другое дезинтегративное расстройство детского возраста

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

F84.5 – синдром Аспергера

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

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

H90 – кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха двусторонняя

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

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

H53 – расстройства зрения

H53.0 – амблиопия вследствие анопсии

H54 – слепота и пониженное зрение

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

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

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

Анализ количественного состава детей с ОПФР, состоящих на учете в банке данных, показал, что количество таких детей увеличивается: 2008 г. – 119 837; 2010 г. – 126 785; 2011 г. – 130 759; 2012 г. – 131 717; 2013 г. – 134 974; 2014 г. – 138 099, что составляет почти 8 % (7,64 %) от общего количества детского населения Республики Беларусь.

### **Вопросы и задания**

1. С древних времен здоровье человека являлось ценностью общества. Философы и мыслители прошлого по-разному относились к причинам различных нарушений и людям, их имеющим. Приведенные высказывания определяют некоторые позиции. Прочтите и прокомментируйте их.

**Гераклит:** «Болезнь делает приятным и благим здоровье»;

«Цель человеческой жизни – освобождение от страданий».

**Платон:** «Причина телесных болезней и душевных недугов – дурные свойства тела или дурное воспитание»;

«Здоровье и красота живого существа в соразмерности души и тела»;

«Упорядоченный образ жизни устраняет телесный недуг»;

«Больной человек бесполезен и для себя, и для общества»;

«Детей следует отбирать по их способностям».

**Аристотель:** «Для счастливой жизни важно избегать крайностей, которыми являются испорченность, злобность, тупость и др.».

**Плутарх, Сенека:** «От уродливых и болезненных детей следует избавляться».

**Д. Дидро:** «Интеллектуальные идеи и нравственные понятия человека тесно связаны с устройством его тела и состоянием органов чувств».

**И. Кант:** «Слабоумие – полная душевная слабость, отсутствие души».

Какие из высказываний вызывают у вас сомнения? Почему? С какими из высказываний вы не согласны? Почему?

### **2. Разгадайте кроссворд**

#### **По горизонтали:**

3. Один из видов психологической помощи (наряду с психокоррекцией, психотерапией, психологическими тренингами и др.), выделившийся из психотерапии.

7. Формирование внутренних структур человеческой психики, посредством усвоения внешней социальной деятельности, присвоения жизненного опыта, становления психических функций и развития в целом.

8. Описательный психологический исследовательский метод, заключающийся в целенаправленном и организованном восприятии и регистрации поведения изучаемого объекта.

10. Ассоциативная связь между знаком и предметом обозначения.

14. Совокупность заранее запланированных действий для достижения какой-либо цели.

15. Переход от более высоких форм развития к низшим, движение назад, изменения к худшему; противоположность прогрессу.

16. Комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесённых (реабилитация) или врожденных (абилитация) заболеваний, а также в результате травм.

17. Сплочение, объединение.

19. Деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям.

20. Психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей.

**По вертикали:**

1. Явление, вызывающее возникновение другого явления.

2. Более позднее или замедленное развитие организма человека.

4. Формируемый в сознании человека мысленный (ментальный) образ воспринимаемого им в окружающей среде объекта

5. Одна из форм, в которой объективная действительность отражается в психике человека.

6. Понятие, выработанное для отображения социальной природы человека, рассмотрения его как субъекта социокультурной жизни, определения его как носителя индивидуального начала, самораскрывающегося в контекстах социальных отношений, общения и предметной деятельности.

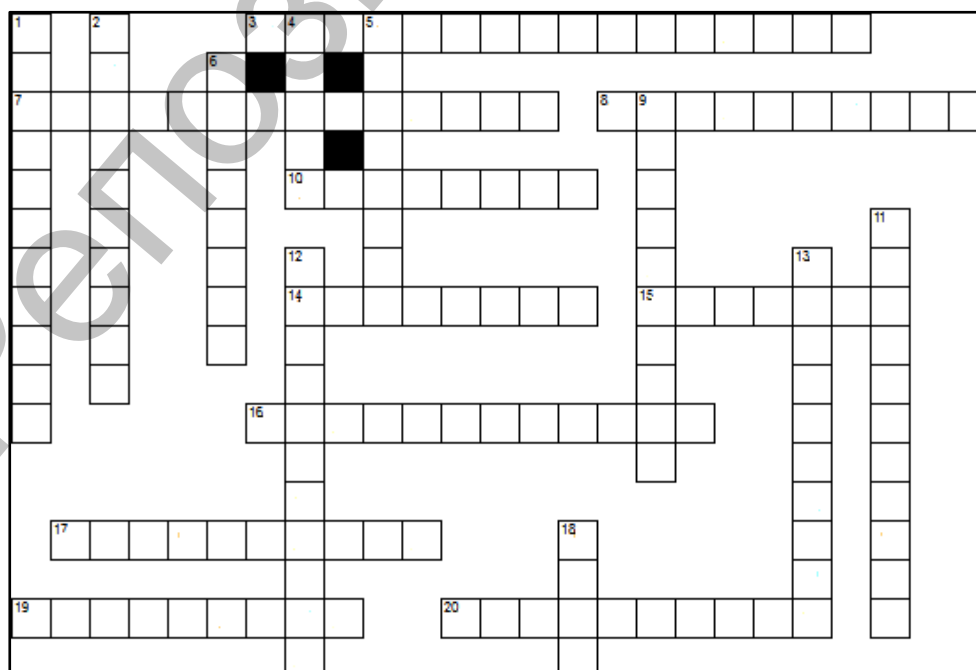
9. Отсутствие координации между событиями по времени.

11. Метод исследования некоторого явления в управляемых условиях.

12. Защитный механизм психики, заключающийся в бессознательной попытке преодоления реальных и воображаемых недостатков.

13. Психическое состояние, при котором люди испытывают недостаточное удовлетворение своих потребностей.

18. Испытание, проверка.



### Тесты

**1. ... – это физический и психический недостаток, влекущий за собой отклонения от нормального развития:**

- А. Дефект
- Б. Нарушение
- В. Коррекция
- Г. Компенсация

**2. Понятие о первичном и вторичных дефектах введено:**

- А. А.Р. Лурия
- Б. В.В. Лебединским
- В. Л.С. Выготским
- Г. П.Я. Гальпериним

**3. Сензитивные периоды развития – это:**

- А. Периоды быстрого развития психики
- Б. Периоды быстрого развития отдельных психических структур
- В. Периоды медленного развития отдельных психических структур
- Г. Периоды медленного развития психики

**4. Гетерохронность психического развития означает:**

- А. Разницу в темпах развития психических функций
- Б. Разницу во времени созревания психических структур
- В. Разницу в процессах старения
- Г. Разницу в переходе с одной стадии развития на другую

**5. Отклоняющимся считается развитие, если оно, во-первых, протекает под действием неблагоприятных факторов, во-вторых, патогенная сила этих факторов ... компенсаторные возможности психики:**

- А. Превышает
- Б. Стимулирует
- В. Определяет
- Г. Не использует

**6. Какая форма дизонтогенеза отсутствует в классификации В.В. Лебединского?**

- А. Недоразвитие
- Б. Задержанное развитие
- В. Поврежденное развитие
- Г. Скачкообразное развитие

**7. Первичные нарушения вытекают непосредственно из:**

- А. Педагогической запущенности
- Б. Наследственной предрасположенности
- В. Биологического характера болезни
- Г. Психологических проблем

**8. Понятие «Норма – это»:**

А. Уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям при обследовании популяции людей того же возраста, пола, культуры

Б. Индивидуальная норма развития

В. Сочетание личности и социума, когда она бесконфликтно и продуктивно выполняет ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности, отвечая при этом требованиям социума соответственно ее возрасту, полу, психосоциальному развитию.

**9. Понятие «Среднестатистическая норма – это»:**

А. Уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры

Б. Индивидуальная норма развития

В. Сочетание личности и социума, когда она бесконфликтно и продуктивно выполняет ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности, отвечая при этом требованиям социума соответственно ее возрасту, полу, психосоциальному развитию

**10. Понятие «Функциональная норма – это»:**

А. Уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры

Б. Индивидуальная норма развития

В. Неповторимый путь развития каждого человека, индивидуальный тренд развития каждого человека

**11. К условиям нормального развития ребёнка относятся:**

А. Нормальная работа головного мозга и его коры

Б. Нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов

В. Сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром

Г. Систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в школе

Д. Все ответы верные

**12. По времени воздействия патогенные факторы делятся на**

А. Пренатальные

Б. Постнатальные

В. Натальные

Г. Все ответы верные

**13. Важнейшим фактором возникновения вторичного дефекта является:**

А. Социальная депривация

Б. Генетический фактор

В. Биологический фактор

Г. Не посещение учреждения образования

**14. Понятие «сензитивный возраст» впервые предложил (а):**

А. Г.М. Дульнев

Б. М. Монтессори

В. Л.С. Выготский

Г. А.Р. Лурия

**15. Нарушения в зависимости от времени возникновения подразделяется на:**

А. Врождённые

Б. Приобретённые

В. Врожденные и приобретенные

Г. Ранние и поздние

**16. Нарушения в зависимости от характера расстройств подразделяется на:**

А. Функциональные

Б. Органические

В. Функциональные и органические

Г. Врождённые



**17. К условиям нормального развития ребёнка относятся... . Выберите правильные ответы.**

- А. Нормальная работа головного мозга и его коры
- Б. Нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов
- В. Сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром
- Г. Систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе
- Д. Когда уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста, с учетом развития общества, членом которого он является
- Е. Когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим путем, определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения

**18. Первичный дефект – это ...**

- А. Физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка
- Б. Частные и общие нарушения функций центральной нервной системы, а также несоответствие уровня развития возрастной норме (недоразвитие, задержка, асинхрония развития, явления ретардации, регресса и акселерации), нарушения межфункциональных связей
- В. Запаздывание всех сторон психического развития или отдельных компонентов

**19. Вторичный дефект – это ...**

- А. Частные и общие нарушения функций центральной нервной системы, а также несоответствие уровня развития возрастной норме (недоразвитие, задержка, асинхрония развития, явления ретардации, регресса и акселерации), нарушения межфункциональных связей
- Б. Запаздывание всех сторон психического развития или отдельных компонентов
- В. Возникает в ходе развития ребенка с нарушениями психофизиологического развития в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений, а, напротив, детерминирует отклонения в личностном развитии

**20. По времени воздействия патогенные факторы делятся на:**

- А. Пренатальные
- Б. Ранние
- В. Натальные
- Г. Генетические
- Д. Диффузные
- Е. Постнатальные

**21. Соотнесите типы личностного реагирования на дефект с их характеристиками (например: 1Б, 2А, 3В, 4Г и т.д.)**

1. Компенсации	А. Такой тип реагирования, при котором происходит осознание дефекта и замещение утраченной функции за счет более сохранных.
2. Игнорирование	Б. Реагирование приводит к возникновению заниженного уровня притязаний, низкой самооценке, фиксации на осознании своей неполноценности.
3. Вытеснение	В. Часто встречается при олигофрении, связано с недоразвитием мышления и недостаточной критикой к успешности своей деятельности.
4. Гиперкомпенсация	Г. Относится к невротическому типу реагирования на дефект и проявляется в сознательном непризнании его существования при подсознательном конфликте, накоплении негативных эмоций.
5. Астенический тип	Д. Усиленное развитие сохранных функций, сочетающихся со стремлением доказать, что дефект не приводит к каким-либо проблемам.

*...человечество победит раньше или позже и слепоту, и глухоту, и слабоумие.  
Но гораздо раньше оно победит их в социальном и педагогическом планах, чем в плане медицинском и биологическом.  
Л.С. Выготский*

*Туда, где бессильна медицина и беспомощна педагогика,  
приходит и помогает педагогика специальная.  
Вильям Ганьо*

#### **ТЕМА 4. ОСОБЕННОСТИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ РАЗНОЙ СТРУКТУРЕ НАРУШЕНИЙ**

**План:**

- 4.1.** *Психологические особенности познавательной сферы детей с нарушениями психического развития (трудностями в обучении)*
- 4.2.** *Психологические особенности познавательной сферы детей с интеллектуальной недостаточностью*
- 4.3.** *Особенности познавательной сферы у детей с нарушениями речи*
- 4.4.** *Психологические особенности детей с ДЦП с сохранным интеллектом: особенности познавательной сферы*
- 4.5.** *Особенности познавательной сферы у детей с нарушениями зрения*
- 4.6.** *Особенности познавательной сферы у детей с нарушениями слуха*
- 4.7.** *Познавательная сфера детей с РДА*

**Основные понятия:** *познавательная деятельность, нарушения психического развития (трудности в обучении), нарушения речи, нарушения слуха, интеллектуальная недостаточность, ранний детский аутизм (РДА), детский церебральный паралич (ДЦП)*

##### **4.1. Психологические особенности познавательной сферы детей с нарушениями психического развития (трудностями в обучении)**

В современной практике термин «*нарушение психического развития*» (в России «*задержка психического развития*») применительно к детям используется преимущественно в медицине, в педагогике принято использовать термин «*трудности в обучении*».

Категория детей с трудностями в обучении определяется как «*дети с нарушениями психического развития, обусловленными задержкой или расстройством психического развития*» (п. 12 Положения о специальной общеобразовательной школе (школе-интернате), 2005). К категории детей с *нарушениями психического развития (трудностями в обучении)* относятся «*дети, испытывающие в силу различных биологических и социальных причин стойкие затруднения в усвоении образовательных программ при отсутствии выраженных нарушений интеллекта, отклонений в развитии слуха, зрения, речи, двигательной сферы*».

Длительное время в педагогике и психологии применительно к данной категории использовался термин *задержка психического развития*.

*Задержка психического развития* – понятие, сложившееся в отечественной психологии в 60-х гг. XX в. на основе и в результате начавшегося на десятилетие раньше изучения детей, как испытывающих стойкие трудности в обучении в обычной (массовой) школе, так и таких, которые, будучи диагностированными как умственно отсталые, через непродолжительный период обучения в специальной (вспомогательной)

школе начинали весьма успешно продвигаться вперед и обнаруживали большие потенциальные возможности. Во многих случаях последние при оказании им соответствующей педагогической поддержки и организационной помощи продолжали образование в обычной школе.

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

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

Рассматривая психологические особенности старших дошкольников с трудностями в обучении, прежде всего, следует отметить, что это дети с нереализованными возрастными возможностями (У.В. Ульenkova (1984). Все основные психические новообразования возраста у них формируются с запаздыванием и имеют качественное своеобразие.

Психологические особенности *детей дошкольного возраста с трудностями в обучении. Внимание* детей характеризуется неустойчивостью, отмечаются периодические его колебания, неравномерная работоспособность. Трудно сконцентрировать внимание детей и удержать на протяжении той или иной деятельности. Очевидна недостаточная целенаправленность деятельности, дети действуют импульсивно, часто отвлекаются. Могут наблюдаться проявления инертности, в этом случае ребенок с трудом переключается с одного задания на другое. В старшем дошкольном возрасте недостаточно развита способность к произвольной регуляции поведения, что затрудняет выполнение заданий учебного типа.

В процессе *восприятия* (зрительного, слухового, тактильного) снижена скорость выполнения перцептивных операций. Ориентировочно-исследовательская деятельность в целом имеет более низкий, по сравнению с нормой, уровень развития: дети не умеют обследовать предмет, не проявляют выраженной ориентировочной активности, длительное время прибегают к практическим способам ориентировки в свойствах предметов.

В отличие от детей с интеллектуальной недостаточностью, дошкольники с трудностями в обучении не испытывают трудностей в практическом различении свойств предметов, однако их сенсорный опыт долго не закрепляется и не обобщается в слове. Поэтому ребенок может правильно выполнить инструкцию, содержащую словесное обозначение признака «дай красный карандаш», но самостоятельно назвать цвет показанного карандаша затрудняется.

Дети испытывают трудности при овладении представлениями о величине, не выделяют и не обозначают отдельные параметры величины (длина, ширина, высота, толщина). Затруднен процесс анализирующего восприятия: дети не умеют выделить основные структурные элементы предмета, их пространственное соотношение, мелкие детали. Замедлен темп формирования целостного образа предметов, что находит отражение в проблемах, связанных с изобразительной деятельностью.

Со стороны слухового восприятия нет грубых расстройств. Дети могут испытывать некоторые затруднения при ориентировке в неречевых звучаниях, но главным образом страдают фонематические процессы.

Названные выше недостатки ориентировочно-исследовательской деятельности касаются и тактильно-двигательного восприятия. У детей с трудом формируются пред-

ставления о таких свойствах предметов, как температура, фактура материала, форма, величина и др. Затруднен процесс узнавания предметов на ощупь.

У детей с трудностями в обучении замедлен процесс **формирования межканализаторных связей**, которые лежат в основе сложных видов деятельности. Отмечаются недостатки зрительно-моторной, слухо-зрительно-моторной координации, что препятствует в дальнейшем в овладении чтением, письмом, рисованием. Недостаточность межсенсорного взаимодействия проявляется в несформированности чувства ритма, трудностях в формировании пространственных ориентировок.

У детей ограничен объем **памяти** и снижена прочность запоминания. Характерна неточность воспроизведения и быстрая утеря информации. В наибольшей степени страдает вербальная память. При правильном подходе к обучению дети способны к усвоению некоторых мнемотехнических приемов, овладению логическими способами запоминания.

Значительное своеобразие отмечается в развитии их **мышления**. Отставание отмечается уже на уровне наглядных форм мышления, возникают трудности в формировании сферы образов-представлений. Наблюдается сложность создания целого из частей и выделения частей из целого, трудности в пространственном оперировании образами.

Отмечается репродуктивный характер деятельности детей с трудностями в обучении, снижение способности к творческому созданию новых образов. Замедлен процесс формирования мыслительных операций. К старшему дошкольному возрасту у детей не формируется соответствующий возрастным возможностям уровень словесно-логического мышления: дети не выделяют существенных признаков при обобщении, обобщают либо по ситуативным, либо по функциональным признакам. Например, отвечая на вопрос «Как назвать одним словом: диван, шкаф, кровать, стул?», ребенок может ответить: «Это у нас дома есть», «Это все в комнате стоит», «Это все нужное человеку».

Затрудняются при сравнении предметов, производя сравнение по случайным признакам, при этом особенно затрудняются в выделении признаков различия. Например, отвечая на вопрос «Чем похожи люди и животные?», ребенок произносит: «У людей есть тапочки, а у зверей – нет».

Нарушения **речи** у таких детей преимущественно имеют системный характер и входят в структуру дефекта. Многим детям присущи недостатки звукопроизношения и фонематического развития. На уровне импрессивной речи отмечаются трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций типа «Коля старше Миши», «Береза растет на краю поля» и др. Дети плохо понимают содержание рассказа со скрытым смыслом, затруднен процесс декодирования текстов, т.е. затруднен процесс восприятия и осмысления содержания рассказов, сказок, текстов для пересказа. Дети имеют ограниченный словарный запас. В их речи редко встречаются прилагательные, наречия, сужено употребление глаголов. Затруднены словообразовательные процессы, позже, чем в норме, возникает период детского словотворчества и продолжается до 7–8 лет.

Ряд грамматических категорий дети практически не используют в речи, однако, если сравнивать количество ошибок в употреблении грамматических форм слова и в употреблении грамматических конструкций, то явно преобладают ошибки второго типа. Ребенку трудно воплотить мысль в развернутое речевое сообщение, хотя ему и понятно смысловое содержание изображенной на картинке ситуации или прочитанного рассказа, и на вопросы педагога он отвечает правильно.

Незрелость внутриречевых механизмов приводит не только к трудностям в грамматическом оформлении предложений. Основные проблемы касаются формирования связной речи. Дети не могут пересказать небольшой текст, составить рассказ по

серии сюжетных картин, описать наглядную ситуацию, им недоступно творческое рассказывание.

Познавательная активность детей связана на уровне *игровой деятельности*. Так, у этих детей снижен интерес к игре и к игрушке, с трудом возникает замысел игры, сюжеты игр стереотипны, преимущественно затрагивают бытовую тематику. Ролевое поведение отличается импульсивностью, например, ребенок собирается играть в «больницу», с увлечением надевает белый халат, берет чемоданчик с «инструментами» и идет... в магазин, т.к. его привлекли красочные атрибуты в игровом уголке и действия других детей. Не сформирована игра и как совместная деятельность: дети мало общаются между собой в игре, игровые объединения неустойчивы, часто возникают конфликты, коллективная игра не складывается. Такие дети переходят на этап сюжетно-ролевой игры, однако, уровень ее развития достаточно низкий и требует коррекции.

Вышеназванные особенности развития школьников с трудностями в обучении могут приводить к *трудностям в учении* трех видов: 1) осуществления учения как деятельности; 2) формирования отдельных школьных навыков (чтения, письма, счета, решения задач и др.); 3) осмысления учебной информации. Таким образом, трудности, испытываемые детьми в процессе учения, обусловлены специфическими особенностями их развития, что в общем виде выражается в недостаточной готовности к школьному обучению – личностной, эмоционально-волевой, интеллектуальной.

#### **4.2. Психологические особенности познавательной сферы детей с интеллектуальной недостаточностью**

В педагогической и психологической терминологии понятие «интеллектуальная недостаточность» используется вместо принятого в медицине понятия «умственная отсталость». Это *стойкое необратимое нарушение познавательной деятельности и всей личности в целом в результате органического диффузного поражения коры головного мозга*. Однако наличие органического диффузного поражения центральной нервной системы не является основным обязательным условием, при котором выставляется диагноз «умственная отсталость».

*Характерной особенностью нарушения при интеллектуальной недостаточности является инактивность и, как следствие, нарушение высших психических функций, регуляции поведения и деятельности.*

При *легкой интеллектуальной недостаточности* интеллектуальный коэффициент составляет 69–50 (в отличие от нормального, равного в среднем 100). Дети с легкой интеллектуальной недостаточностью обладают хорошим вниманием и хорошей механической памятью, способны обучаться по специальной (коррекционной) программе.

*Восприятие* 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 путают графически сходные буквы, цифры, предметы, сходные по звучанию звуки, слова и т.п.

Характерна узость объема восприятия. Дети с интеллектуальной недостаточностью 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 такого ребенка необходимо управлять; в учебной деятельности это приводит к тому, что дети без стимулирующих вопросов педагога не могут выполнить доступное их пониманию задание. Они 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 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. 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 лишь 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 дети проводят бессистемно, пропускают ряд важных свойств, выделяя 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. Легче воспринимают сходство предметов, чем их различие в силу слабости дифференцировочного торможения. Прежде всего, усваивают сходные и наиболее конкретные признаки предметов, 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 детей с интеллектуальной недостаточностью свойственна не критичность, невозможность самостоятельно оценить свою работу; они часто не замечают своих ошибок. Особенно ярко это проявляется у детей с умеренной интеллектуальной недостаточностью – они не понимают своих неудач, довольны собой, своей работой. Им 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, во внимании, в памяти страдают функции обобщения и отвлечения. В эмоционально-волевой сфере это проявляется в недостаточности сложных эмоций и произвольных форм поведения.

**Память.** Дети с интеллектуальной недостаточностью лучше запоминают внешние, иногда случайные зрительно воспринимаемые признаки. Труднее осознаются и запоминаются внутренние логические связи; позже, чем у их нормально развивающихся сверстников, 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 таких детей – эпизодическая забывчивость, связанная с переутомлением нервной системы из-за ее общей слабости. Чаще, чем у нормально развивающихся сверстников, у них наступает состояние охранительного торможения. Испытывают трудности в воспроизведении образов восприятия – представлений. Представления характеризуются недифференцированностью, фрагментарностью.

**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, замедлено, запаздывает развитие артикуляционных движений.

Страдают все стороны речи – фонетическая, лексическая, грамматическая, семантическая. У детей с интеллектуальной недостаточностью 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 (нёба, губ, зубов).

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 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 внимания 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.

**Произвольная активность** лиц данной категории отличается слабостью побуждений, недостаточностью инициативы, безудержностью побуждений, внушаемостью и упрямством, слабостью социальных, личностных мотивов. Необходимые решения нередко принимаются по типу короткого замыкания. Поступки недостаточно целенаправленны, импульсивны, отсутствует борьба мотивов. Поведение в связи с этим крайне непоследовательно, неожиданно. Оно то отличается пассивностью, то прерывается неожиданными и обычно неуместными поступками, что, безусловно, затрудняет приспособление такого человека к жизни.

В большинстве случаев для лиц с легкой интеллектуальной недостаточностью возможно трудоустройство, требующее способностей не столько к абстрактному мышлению, сколько к практической деятельности, включая неквалифицированный и ручной полуквалифицированный труд. Они овладевают профессиями маляра, плотника, слесаря, швеи, вышивальщицы, картонажницы и т.д., не достигая высоких разрядов.

**Умеренная интеллектуальная недостаточность** – средняя степень психического недоразвития. Интеллектуальный коэффициент составляет 49–35. Она характеризуется несформированными познавательными процессами.

**Мышление** конкретное, непоследовательное, тугоподвижное и, как правило, неспособное к образованию отвлеченных понятий. Очень медленно (запаздывание на 3–5 лет) развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Часто речь сопровождается дефектами. Она косноязычна и аграмматична. Словарный запас беден, он состоит из наиболее часто употребляемых в обиходе слов и выражений.

Развитие **статических и локомоторных функций** очень задержано и они недостаточно дифференцированы. Страдают координация, точность и темп движений. Движения замедлены, неуклюжи, что препятствует формированию механизма бега и не позволяет научиться прыгать. Моторная недостаточность обнаруживается в 90–100% случаев. Дети даже в подростковом возрасте с большим трудом принимают заданную позу и не способны ее сохранить в течение более чем несколько секунд. У них возникают большие сложности при переключении движений, быстрой смене поз и действий. У одних двигательное недоразвитие проявляется однообразными движениями, замедленностью их темпа, вялостью, неловкостью. У других повышенная подвижность сочетается с нецеленаправленностью, беспорядочностью, некоординированностью движений.

Развитие **навыков самообслуживания** отстает. При особенно грубых дефектах моторного развития исключается возможность формирования этих умений. Наиболее часто возникают трудности в овладении навыками, требующими тонких дифференцированных движений пальцев: шнурование ботинок, застегивание пуговиц, завязывание ленточек и шнурков. Некоторые пациенты нуждаются в контроле и помощи в быту на протяжении всей жизни.

У всех нарушено **внимание**. Оно с трудом привлекается, отличается неустойчивостью и отвлекаемостью. Слабое активное внимание препятствует достижению любой поставленной, в том числе элементарной, цели. В связи с этим даже игровая деятельность затруднена.

Запас сведений и представлений мал. Образование отвлеченных понятий либо недоступно, либо резко ограничено. Отмечается недоразвитие **восприятия и памяти**.

Незначительная часть таких лиц (главным образом, за счет неплохой механической памяти) добивается ограниченных школьных успехов, осваивая основные навыки, необходимые для чтения, письма и элементарного счета. Специальные образовательные программы могут дать возможности для развития их ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков. Освоенные знания они применяют с трудом, зачастую механически, как заученные штампы.

В зрелом возрасте лица с умеренной интеллектуальной недостаточностью, спокойные и поддающиеся руководству, обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного контроля (постоянные наблюдения и указания).

Независимое проживание достигается редко. Тем не менее, такие люди, в общем, полностью мобильны, физически активны и большинство из них имеют признаки социального развития, что выражается в способности к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях.



Характерна большая вариабельность при тестировании способностей. Некоторые из них достигают относительно высокого уровня по тестам на оценку зрительно-пространственных навыков, по сравнению с результатами заданий, зависящих от развития речи. В других случаях значительная неуклюжесть сочетается с некоторыми успехами в социальном взаимодействии (общении) и элементарном разговоре. Уровни развития речи различны: одни могут принимать участие в простых беседах, другие обладают речевым запасом, достаточным лишь для сообщения о своих основных потребностях (в еде, одежде, защите). Некоторые так никогда и не овладевают способностью пользоваться речью, хотя и могут понимать простые инструкции и усвоить значения ряда жестов, позволяющих им в некоторой степени компенсировать недостаточность речи.

У детей могут обнаруживаться аутистические проявления или другие общие расстройства развития, оказывающие большое влияние на клиническую картину и необходимые реабилитационные мероприятия (воспитательно-педагогические и медицинские меры по приспособлению к жизни). Одни из них добродушны и приветливы. Другие раздражительны, злобны, агрессивны. Третьи упрямы, лживы, ленивы. У многих отмечается повышение и извращение влечений, в том числе и расторможенная сексуальность. Они склонны к импульсивным (неожиданным) поступкам.

У части детей появляются эпилептические припадки в форме расстройств сознания, сопровождающихся судорогами. Не представляют исключения и неврологические симптомы (парезы, параличи). Интеллектуальная недостаточность нередко сочетается с нарушением развития конечностей, кистей, пальцев, головы, кожи, внутренних органов, гениталий, зубов, лица, глаз, ушей.

Большинство взрослых лиц с умеренной интеллектуальной недостаточностью способны выполнять простые, неквалифицированные операции при условии постоянного наблюдения и руководства, учитывающего их индивидуальные и личностные качества, в условиях стабильности окружающей среды и неизменности предъявляемых к ним требований. Они нуждаются в социальной защите и помощи.

Оптимальной социальной нишей для таких лиц с умеренной степенью интеллектуальной недостаточности является семья (особенно живущая в сельской местности и занятая сельскохозяйственным трудом) или социальные учреждения. В этом плане весьма интересен опыт совместного проживания и деятельности таких лиц со здоровыми людьми в Кемпхильских общинах, руководящихся антропософским учением Рудольфа Штейнера. Такие общины широко распространены в Германии, Англии, Норвегии и ряде других стран.

При **тяжелой интеллектуальной недостаточности** коэффициент умственного развития находится в пределах 35–20. *Мышление* не только очень конкретное, ригидное, но и лишено способности к обобщению. По клинической картине, наличию последствий перенесенных органических повреждений и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с лицами с умеренной интеллектуальной недостаточностью. У большинства из них наблюдается выраженная степень недоразвития *моторных функций*, нарушения координации или другая сопутствующая патология, указывающая на наличие клинически значимого повреждения или нарушенного развития ЦНС. Эти лица с большим трудом осваивают некоторые навыки *самообслуживания*. Часть из них не способна даже научиться застегивать пуговицы и завязывать шнурки. Они могут ознакомиться с самыми элементарными школьными знаниями. В связи с этим их обучение сводится к тренировке навыков самообслуживания и освоению ориентировки в окружающей среде, развитию общения.

Лица с тяжелой степенью интеллектуальной недостаточности могут самостоятельно передвигаться, минимально использовать речь как средство общения, несмотря на серьезное ее недоразвитие, выделять людей, которые хорошо к ним относятся, кроме того, у них имеются элементы социализации эмоций.

Даже достигнув юношеского возраста, они способны овладеть лишь элементарными трудовыми процессами. Как правило, интеллектуальные нарушения сопровождаются выраженной неврологической патологией: параличами, парезами и др. Соматическая симптоматика у большинства этих больных – неотъемлемая часть клинической картины. У них наблюдаются пороки развития скелета, черепа, конечностей, кожных покровов и внутренних органов, диспластическое телосложение, дисгенетические признаки и многое другое.

В связи со сказанным становится ясно, что лица с тяжелой степенью интеллектуальной недостаточности не могут существовать самостоятельно, они требуют постоянной помощи и поддержки.

При **глубокой интеллектуальной недостаточности** коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что они весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. У таких лиц не развиты *внимание, восприятие, память*. Отсутствуют способности к элементарным процессам *мышления*. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь рудиментарные формы общения. Они не способны или мало способны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и поддержке. Понимание и использование речи ограничивается, в лучшем случае, выполнением основных команд и выражением элементарных просьб. Чаще вместо речи – отдельные нечленораздельные звуки или слова с непониманием их смысла.

Потребности и действия носят примитивный характер, двигательные реакции хаотичные, нецеленаправленные, наблюдаются стереотипные раскачивания, двигательное возбуждение, без всяких внешних причин.

Часть таких детей могут приобретать простые зрительно-пространственные навыки и при соответствующем контроле и руководстве принимают участие в приеме пищи за столом.

Наиболее тяжелые из них не плачут, не смеются, не узнают окружающих. Их внимание ничем не привлекается. Они с трудом ориентируются в пространстве. Реагируют только на боль. Выражение лица тупое. Съедобное и несъедобное не различают.

Отсутствуют элементарные навыки самообслуживания, не умеют играть. Речь и жесты не понимают. Наблюдаются аффекты гнева, стремление к нанесению себе повреждений (кусают свои конечности, бьются головой о стену, мебель). Часты проявления сексуального возбуждения – безудержный онанизм. Одни апатичны, вялы, другие злобны, раздражительны, крикливы, агрессивны.

В большинстве случаев причина глубокой интеллектуальной недостаточности – последствия органических внутриутробных, родовых и других повреждений головного мозга. Как правило, имеют место неврологические нарушения, оказывающие влияние на больного. Нередко наблюдаются эпилептические припадки. Могут быть серьезные соматические пороки развития и заболевания. Встречаются также расстройства зрения и слуха. Особенно часты такие общие расстройства развития, как апатичный аутизм (обычно в наиболее тяжелых формах). Эти расстройства наиболее характерны для больных, неспособных самостоятельно передвигаться.

Таким образом, **интеллектуальная недостаточность** – сборная группа стойких непрогрессирующих патологических состояний с различной этиологией и патогенезом, но объединяемых по сходству основной, главной клинической картины наследственного, врожденного или приобретенного в первые годы жизни слабоумия, выражающегося в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и в затруднении социальной адаптации.

#### 4.3. Особенности познавательной сферы у детей с нарушениями речи

**Зрительное восприятие.** Г.Л. Розергарт–Пупко прямо говорит о тесном взаимодействии речи и зрительного предметного восприятия. Восприятие и речь обусловлены в своем формировании: константность и обобщенность восприятия, с одной стороны, и подвижность зрительных образов – с другой, формируются и развиваются под влиянием слова. *Зрительное восприятие у дошкольников с речевой патологией* характеризуется недостаточной сформированностью целостного образа предмета, при этом, простое зрительное узнавание реальных объектов и их изображений не отличается от нормы (Л.И. Белякова, Ю.Ф. Гаркуша, О.Н. Усанова).

Затруднения появляются при усложнении заданий (узнавание предметов в условиях наложения, зашумления). Дети с ОНР воспринимают образ предмета в усложненных условиях с трудностями: увеличивается время принятия решения, они не уверены в правильности ответов, отмечают ошибки опознания, число которых увеличивается при уменьшении количества информативных признаков предметов.

В реализации задачи по перцептивному действию (примеривание к эталону) дети с ОНР чаще пользуются элементарными формами ориентировки, т.е. примериванием к эталону, в отличие от детей с нормальной речью, которые преимущественно используют зрительное соотнесение. Дети с ОНР нередко при примеривании фигур ориентируются не на их форму, а на цвет.

Дошкольники с ОНР имеют и низкий уровень развития *буквенного гнозиса*: они с трудом дифференцируют нормальное и зеркальное написание букв, не узнают буквы, наложенные друг на друга, обнаруживают трудности в назывании и сравнении букв, сходных графически, в назывании букв печатного шрифта, данных в беспорядке. В связи с этим многие дети оказываются не готовыми к овладению письмом. При изучении особенностей *ориентировки в пространстве* оказалось, что они затрудняются в дифференциации понятий «справа» и «слева», не могут ориентироваться в собственном теле, особенно при усложнении заданий.

При исследовании детей *младшего школьного возраста* с задержкой речевого развития (ЗРР), дизартриями, алалиями изучались следующие гностические функции: *оптико-пространственный гнозис, лицевой гнозис, пальцевый и оральный стереогноз* (Е.М. Мастюкова). Так, нарушения *оптико-пространственного гнозиса* считаются характерными для детей с органическим поражением мозга.

Наиболее благоприятна динамика развития *пространственного восприятия* у детей с ЗРР, а наименее благоприятна при алалии. Особенно устойчиво пространственные нарушения сохраняются в рисовании человека: изображение отличается бедностью, примитивностью и малым количеством деталей (особенно у детей с алалией).

В последующем, в школе, велика роль пространственных нарушений в стойкости *расстройств письменной речи* (дислексии и дисграфии), *нарушений счета*. Исследования способности устанавливать пространственные отношения между явлениями действительности в предметно-практической деятельности и понимать их в импрессивной речи говорят о сохранности данных способностей, но в экспрессивной речи дети с ТНР часто не находят языковых средств для выражения этих отношений или используют неверные языковые средства. Это связано с нарушением у них процессов перекодирования сохранной семантической программы в языковую форму.

Исследования *лицевого гнозиса* показывают зависимость между его нарушениями (особенно в области оральной мускулатуры) и тяжестью расстройств звукопроизношения. Выраженные нарушения лицевого гнозиса характерны для детей с дизартрией и алалией.

Нарушения *орального и пальцевого стереогноза* наиболее выражены у детей с патологией фонетической стороны речи (с алалией, дизартрией, дислалией). Также на-

рушения *орального стереогноза* наблюдаются и у детей с грубым нарушением *лицевого гнозиса* (низкие показатели определения точек на картинке и лице испытуемого). Нарушений *пальцевого стереогноза* у детей с речевыми нарушениями выявлено не было (Е.М. Мастюкова).

У детей с ТНР – нарушения зрительного запоминания и узнавания, бедность образов, схематичность в рисунках, нарушения связи со словом – названием.

При составлении рассказа по цепи сюжетных картин (*сукцессивный гнозис*) дети с ОНР больше времени тратят на разложение картинок в нужном порядке, не могут выявить временные, причинно-следственные связи, не понимают смысла сюжета, не могут составить полноценный рассказ. При обследовании *оптико-пространственного гнозиса* трудность выявилась в дифференциации правой и левой стороны, смешении понимания предлогов, обозначающих пространственные отношения.

Таким образом, нарушения зрительной сферы у детей с выраженной речевой патологией проявляются в основном в бедности и недифференцированности зрительных образов, инертности и непрочности зрительных следов, а также в отсутствии прочной и адекватной связи слова со зрительным представлением предмета.

**Слуховое восприятие.** Изучая *фонематическое восприятие* Г.Ф. Сергеева отмечает, что нарушение функции речедвигательного анализатора при *дизартрии* и *ринолалии* существенно влияет на слуховое восприятие фонем. Употребление диффузных звуков неустойчивой артикуляции, искажение звуков, правильно произносимых вне речи в изолированном положении, многочисленные замены и смешения при относительно сформированных строении и функции артикуляционного аппарата указывают на несформированность *фонематического восприятия*.

Так, при *акустико-фонематической дислалии* ребенок не опознает тот или иной акустический признак сложного звука, по которому одна фонема противопоставлена другой. В связи с неопознанием того или иного признака звук узнается неправильно. Это приводит к неправильному произношению звуков из-за *первичной* несформированности функции слухового различения фонем близких *по акустическому подобию*.

При *артикуляторно-фонематической дислалии* замены и смешения осуществляются на основе артикуляционной близости звуков, различающихся по одному из признаков. При этой форме фонематическое восприятие чаще всего сформировано полностью, либо страдает *вторично*. Если же ребенок и не различает фонемы, то в основе лежит смешение *по артикуляционному подобию*.

При *диагностике нарушений слухового восприятия* можно выделить несколько уровней становления понимания речи у детей с ОНР: 1) *нулевой*: не воспринимает речи окружающих, иногда реагирует на свое имя, реже на интонации запрещения или поощрения; 2) *ситуативный*: понимает просьбы, связанные с обиходным предметным миром, знает имена близких и названия своих игрушек, может показать части тела у себя, родителей, куклы, но не различает по словесной просьбе изображения предметов, игрушек, хорошо знакомых ему в быту; 3) *номинативный*: хорошо ориентируется в названиях предметов, изображенных на картинках, с трудом разбирается в названиях действий, изображенных на сюжетных картинках (идет, сидит); не понимает вопросов косвенных падежей (чем? кому? с кем?); 4) *предикативный*: знает названия действий, легко ориентируется в вопросах косвенных падежей, поставленных к объектам действий, различает значения нескольких первообразных предлогов; не различает грамматических форм; 5) *расчлененный*: различает изменения значений, вносимых отдельными частями слова (морфемами) – флексиями, приставками, суффиксами.

**Внимание.** Внимание детей с нарушениями речи характеризуется: *неустойчивостью, низким уровнем произвольного внимания, сложностями в планировании своих действий*. Дети с трудом сосредотачивают внимание на анализе условий, поиске раз-

личных способов и средств в решении задач, выполнение носит репродуктивный характер.

Обнаруживаются различия в проявлении произвольного внимания в зависимости от *модальности* раздражителя (*зрительный* или *слуховой*): детям с патологией речи гораздо труднее сконцентрироваться на выполнении задания в *условиях словесной инструкции*, чем в условиях зрительной. В первом случае наблюдается большее количество ошибок, связанных с нарушением грубых дифференцировок по цвету, форме, расположению фигур.

По данным О.Н. Усановой, Ю.Ф. Гаркуши стабильность темпа деятельности дошкольников с алалией имеет тенденцию к снижению в процессе работы. У детей с алалией ошибки внимания присутствуют на протяжении всей работы и не всегда самостоятельно замечаются и устраняются. Характер ошибок и их распределение во времени качественно отличаются от нормы.

Все виды *контроля за деятельностью* (упреждающий, текущий, последующий) часто не сформированы или значительно нарушены, причем наиболее страдает *упреждающий*, связанный с анализом условий задания, и *текущий* (в процессе выполнения задания) виды контроля. *Последующий* контроль (по результату) возможен в основном при дополнительной помощи педагога: требуется повтор инструкции, показ образца, конкретные указания.

Особенности произвольного внимания у детей с алалией ярко проявляются в *характере отвлечений*. Так, если дети с нормой по речи смотрят на экспериментатора, пытаются определить по его реакции, правильно ли они выполняют задание, то для детей с алалией преимущественными отвлечениями являются: «посмотрел в окно», «осуществляет действия, не связанные с выполнением задания». Низкий уровень *произвольного внимания* у детей с ТНР приводит к несформированности или значительному нарушению у них структуры деятельности.

Особенности внимания детей с дизартрией проявляются в характере допущенных ошибок. Отмечено, что пропуски знаков у детей с дизартрией преобладают над другими видами ошибок. Также они имеют низкую концентрацию внимания. Многие дети не могут проследить фигуры на одной строчке, «прыгают» по всему листу, отыскивая ту или иную фигуру, или начинают заполнять таблицу последовательно, фигура за фигурой, что говорит о недостаточности распределения внимания и низкой сформированности зрительно-пространственных представлений.

Характерная особенность внимания при дизартрии – *отвлекаемость* под воздействием ярких и сильных раздражителей, импульсивность, общая неорганизованность, неумение проявить волевое усилие для преодоления трудностей. Чем выше уровень организации и саморегуляции, тем меньше пропусков. У детей с преобладанием процесса возбуждения процент ошибок больше, чем у детей тормозимых.

У заикающихся – снижение основных свойств внимания – *избирательности, объема, устойчивости и переключения*. Использование методик с различной степенью вербализации материала позволило выявить тенденцию к связи внимания с наличием в предъявляемом материале *речевых элементов*. Также прослеживается связь между степенью нарушения внимания и тяжестью речевого расстройства.

Таким образом, у детей с речевыми нарушениями по сравнению с возрастной нормой наблюдается снижение концентрации, переключения, распределения, объема и устойчивости внимания.

**Мышление.** Мыслительной деятельности детей с ОНР присущи: медленная прогностическая деятельность, несформированность рациональной стратегии, низкий уровень продуктивной организации мыслительной деятельности, неустойчивость внима-

ния. Также наблюдаются нарушения в выделении значимых существенных признаков, соскальзывание на случайные, несодержательные признаки.

У детей с *моторной алалией* имеют место расстройства конструктивного праксиса. При выполнении таких заданий они демонстрируют повышенную тормозимость, затруднения переключения, необходимость повторения побудительной инструкции для продолжения действий. Задания выполняются с трудом, и это указывает на ограничение общих понятий. При выполнении заданий на предметную классификацию дети справляются с легкими вариантами с конкретным объяснением и затрудняются при выполнении более сложной классификации, основанной на базе речи, абстрагирования. Классификация проводилась неравномерно и с недостаточной концентрацией внимания, обобщающие понятия у детей нестойкие. Также у них наблюдаются недостатки в *знаниях и самоорганизации* при выполнении мыслительных заданий. Нарушение самоорганизации обуславливается недостатками эмоционально-волевой и мотивационной сферы и проявляется в отсутствии устойчивого интереса к заданию. При этом мыслительные операции у данной группы протекают нормально при расширении запаса знаний и упорядочении самоорганизации.

Учебные возможности детей с *моторной алалией* проявляются в недостаточной гибкости и динамичности мышления, в замедленном темпе усвоения, в отсутствии оперативности и инициативы, эти дети все же «овладевают приемами логического мышления и способны к переносу полученных знаний».

Таким образом, при *моторной алалии* малая речевая активность ограничивает запас общих понятий. Неполноценность речи при алалии в силу системного строения психики, при которой познавательные, волевые и мотивационные процессы находятся в неразрывном единстве, обуславливает ряд особенностей развития ребенка, оказывает влияние на протекание этих процессов, вызывая их своеобразие. Недоразвитие речи тормозит полноценное развитие познавательной деятельности, но не приводит к умственной отсталости.

У детей с *сенсорной алалией* также имеется вторичное снижение интеллекта. У них отмечаются трудности включения, переключения и распределения внимания. Ребенок не сразу воспринимает звук, обращенную к нему речь, отвлекается внешними раздражителями и без них. Обращает на себя внимание замедленность слухового восприятия. У ребенка с *сенсорной алалией* отмечаются колебания слухового внимания и восприятия: трудности включения и концентрирования внимания, устойчивости и распределения его, повышенная отвлекаемость, истощаемость внимания. Задержка умственного развития носит *вторичный характер*.

При *дислалии* обычно не наблюдается отклонений психического развития. В мышлении иногда могут проявляться признаки *астении*, которые также сказываются на их внимании и памяти. Редко имели место временные задержки психического развития. При *дизартриях* наблюдается соответствие характера и степени нарушения мышления и степени выраженности речевого дефекта. У детей с дизартрией наблюдается некоторое *ослабление мыслительной деятельности*, проходящее по типу *астенизации с выраженным снижением функций внимания и памяти*, а при тяжелых – ЗПР или даже легкая интеллектуальная недостаточность.

Обладая в полной мере предпосылками для развития мыслительных операций, доступными их возрасту, дети с речевой патологией отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, классификацией, исключением лишнего, умозаключением.

**Воображение.** В.П. Глухов исследовал воображение у детей с *ОНР* при помощи рисуночных проб, используемых для оценки творческих способностей, и выявил их более низкую продуктивность по сравнению с нормально развивающимися сверстниками.

Дети чаще прибегали к копированию образцов и предметов ближайшего окружения, повторяли собственные рисунки или отклонялись от задания. Для них были свойственны использование штампов, инертность, длительные перерывы в работе, утомляемость. Эти выводы подтверждаются и результатами выполнения проективного теста Роршаха, в котором требуется описать свои впечатления от пятен различной формы и цвета. Их ответы беднее, чем у детей с нормой по речи, из-за меньшего словарного запаса, упрощения фраз, нарушений грамматического строя, они обнаруживали низкий уровень пространственного оперирования образами.

У детей со *стертой формой дизартрии* познавательное воображение соответствует возрасту 5 лет с преимуществом репродуктивного. *Воображение у детей с ОНР характеризуется* снижением мотивации в деятельности и познавательных интересов, бедный запас общих сведений об окружающем мире, отсутствие целенаправленности в деятельности, несформированность операционных компонентов, сложность в создании воображаемой ситуации, недостаточную точность предметных образов – представлений, непрочность связей между зрительной и вербальной сферами, недостаточную сформированность произвольной регуляции образной сферы.

**Память.** Объем *зрительной памяти* таких детей практически не отличается от нормы. Исключение касается возможности продуктивного запоминания серии геометрических фигур детьми с *дизартрией*. Низкие результаты в данных пробах связаны с выраженными нарушениями восприятия формы, слабостью пространственных представлений.

Результаты исследования *слуховой памяти* у детей с нарушениями речи демонстрируют: слабость удержания речевых сигналов и точность воспроизведения, высокую тормозимость слухоречевых следов, низкий уровень развития произвольности и контроля слуховой памяти, нарушения узнавания слов, предъявляемых на слух, плохая тренируемость на речевые стимулы, медленная ориентировка в условиях задачи и др. (Г.С. Гуменная, О.Р. Даниленкова, Е.М. Мастюкова, Э.Э.Л. Фигеридо, Т.А. Фотекова и др.).

Исследование *слуховой памяти моторных алаликов* показывает, что после первого предъявления они воспроизводят лишь незначительное количество слов, могут повторять одно слово несколько раз или называть новые слова (парамнезия). Словесные парамнезии отражают специфическую для данной категории детей неустойчивость речемыслительной системы. Допущенные при воспроизведении ошибки дети с алалией обычно не замечают и не исправляют. Отсроченное воспроизведение оказывается низким: через 10 минут воспроизводят 5 слов, на следующий день 1–3 слова, особенно сложно воспроизведение середины серии из 10 слов. Дети с алалией часто забывают сложные инструкции, опускают некоторые элементы, меняют последовательность действий, не используют речевое общение с целью уточнения инструкции, что связано и с особенностями внимания.

Дети с *дизартрией* в среднем запоминают 7–8, а дети без нарушений – 9–10 слов. Более затруднительно для детей с *дизартрией* длительное удержание слуховой информации и воспроизведение ее.

Среди *качественных показателей* слухоречевой памяти у младших школьников с ОНР при воспроизведении фраз можно назвать следующие: низкий объем памяти, высокую тормозимость слухоречевых следов, низкую прочность и точность запоминания (многочисленные искажения звуковой и слоговой структуры слов, привнесение новых слов и т.д.), чаще встречались случаи полного забывания фраз после интерферирующей деятельности (счет в уме до 20). Также были проанализированы ошибки, допущенные детьми при воспроизведении фраз. Наиболее частотными были следующие: сокращение длины предложения или длины слов (элизии); пропуски 1–2 или даже

4 слов, сокращение структуры слов; замена слов в предложении (вербальные парафазии); соединение слов первого и второго предложения (контаминации); воспроизведение семантически ошибочных предложений; перестановка слов в предложении; привнесение новых слов в предложение; грамматические ошибки, смешение времени глагола, нарушения согласования слов в предложении и др. (С.В. Лауткина).

Таким образом, у детей с речевыми нарушениями наблюдаются следующие *особенности памяти*: объем зрительной памяти соответствует норме, за исключением запоминания геометрических фигур; преобладание смысловой памяти над механической, снижение функции слуховой памяти; низкий уровень отсроченного воспроизведения и продуктивности запоминания; относительная сохранность смыслового, логического запоминания.

#### **4.4. Психологические особенности детей с ДЦП и сохранным интеллектом: особенности познавательной сферы**

Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей. К ним относятся: 1) неравномерность, дисгармоничность нарушений отдельных психических функций; эта особенность связана с «мозаичным» характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития; 2) выраженность астенических проявлений – повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также является следствием органического поражения ЦНС; 3) сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с ДЦП не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы и чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике. Это обусловлено вынужденной изоляцией, ограничениями контактов со сверстниками и взрослыми людьми из-за длительной обездвиженности или трудностей передвижения; затруднениями познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанными с проявлениями двигательных и сенсорных расстройств.

**Внимание.** У большинства детей с ДЦП отмечается повышенная психическая истощаемость и утомляемость, пониженная работоспособность. Дети с трудом сосредотачиваются на задании, быстро становятся вялыми и раздражительными. Нарушается формирование избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания. При нарушениях активного произвольного внимания страдает начальная стадия познавательного акта – сосредоточение и произвольный выбор во время приема и обработки информации.

**Восприятие.** Свообразное развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций. У ребенка с ДЦП на оптический и звуковой раздражитель возникает притормаживание общих движений. При нормальном развитии с 5–6 мес. особенно интенсивно начинают развиваться такие свойства восприятия, как активность, предметность, целостность, структурность и др. Все эти свойства начинают формироваться на основе активного перцептивного поведения. У детей с ДЦП перцептивная активность затруднена в силу двигательного дефекта: нарушения двигательных функций, а также мышечного аппарата глаз нарушают согласованные движения руки и глаза. У некоторых детей глазодвигательная реакция имеет рефлекторный, а не произвольный характер, что практически не активизирует моторную и психическую деятельность ребенка. Зрительно-моторная координация у детей с ДЦП формируется примерно к 4 годам. Недостаточность зрительно-осозательной интеграции отражается на всем ходе их психического развития.

У детей с ДЦП нарушение зрительного восприятия (гнозиса) затрудняет узнавание усложненных вариантов предметных изображений (перечеркнутых, наложенных



друг на друга, «зашумленных» и др.). Наблюдается нечеткость восприятия картинок: одну и ту же картинку со знакомым предметом дети могут «узнавать» по-разному. Многие не умеют найти нужную картинку или узнать ее, не умеют найти нужную деталь на картинке или в натуре. Это мешает осмыслению сюжетных картин. Возникают затруднения в написании цифр и букв: изображения могут быть зеркальными либо перевернутыми, ребенок плохо ориентируется на строке или в клетках тетради. Трудности графического воспроизводства букв могут быть связаны не только с нарушением оптико-пространственных представлений, но и с неврологическими проявлениями (атаксия, парез, гиперкинезы). Нарушения счета могут основываться на трудностях в восприятии количества, что выражается в невозможности узнать графическое изображение цифр, сосчитать предметы.

Нарушение зрительного восприятия может быть связано с недостаточностью зрения, что нередко наблюдается у детей с ДЦП (25% из них имеют аномалии зрения). В силу двигательной недостаточности, ограниченности поля зрения, нарушения фиксации взора, речевого дефекта развитие ориентировки в пространстве может задерживаться, а к школьному возрасту у ребенка с ДЦП обычно выявляются выраженные пространственные нарушения.

У некоторых детей с ДЦП отмечается снижение слуха, что отрицательно влияет на становление и развитие слухового восприятия, в том числе и фонематического. Любое нарушение слухового восприятия приводит к задержке речевого развития. Ошибки, обусловленные нарушением фонематического восприятия, ярче всего проявляются на письме.

При всех видах ДЦП наблюдается нарушение пространственного восприятия. При гемиплегии нарушена боковая ориентация, при диплегии – ориентация по вертикали, при тетраплегии – ориентация в направлении спереди назад.

Отмечается недостаточность пространственных и временных представлений. У детей выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Дети с трудом определяют их на себе и на других людях. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия («спереди», «сзади», «между», «вверху», «внизу») усваиваются с трудом. Возникают сложности при определении пространственной удаленности: понятия «далеко», «близко», «дальше, чем» у них подменяются определениями «там» и «тут». Затрудняет их и понимание предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения («под», «над», «около»). Дошкольники с ДЦП с трудом усваивают понятия величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов, плохо дифференцируют схожие формы (круг и овал, квадрат и прямоугольник).

При всех формах ДЦП характерны глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются в определении положения и направления движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен стереогноз – невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами существенно нарушены.

**Память.** *Образная память* включает в себя зрительную, слуховую, осязательную и некоторые другие виды памяти. Образная память тесно связана с восприятием и базируется на нем. Образы восприятия фиксируются в памяти. Таким образом, все недостатки восприятия у детей с ДЦП определяют недостатки образной памяти. Например, нистагм не дает возможности ребенку создать целостное оптическое представление о предмете. Образ восприятия оказывается нечетким, «рваным», фрагментарным и искаженным. Таким же он и «закладывается» в память. Нарушение фонематического

восприятия приводит к неверному запоминанию. Невозможность последовательного зрительно-осязательного восприятия игрушки приводит к тому, что образ памяти отличается фрагментарностью, нечеткостью, ребенку не удается оценить контуры предмета, его форму, детали, пропорции, его фактуру, другие особенности.

*Двигательная память* развивается у детей с ДЦП с опозданием и своеобразно, и зависит от тяжести двигательной патологии. У некоторых детей с ДЦП *механическая память* по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать ее. В таких случаях механическая память на начальных этапах обучения помогает осваивать счет и чтение. Часто, однако, наблюдается механическое запоминание порядка следования явлений и их названий.

*Словесно-логическая память* предполагает достаточный уровень развития речи и мышления, а поскольку эти функции у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении.

**Мышление.** У некоторых детей преимущественно развиваются наглядные формы мышления, у других – наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем состоянии словесно-логического. Наглядно-действенное мышление формируется с большим опозданием. Зачастую наглядно-образное и словесно-логическое мышление начинает развиваться практически без фундамента наглядно-действенного мышления.

Задержка в развитии *словесно-логического мышления* у детей с ДЦП проявляется в том, что дети с трудом улавливают сходства и различия, причинно-следственные связи между предметами и явлениями окружающего мира. Классификацию предметов проводят по принципу конкретных ситуативных связей. Наблюдается задержка в формировании обобщающих понятий и форм (классификация предметов, выделение четвертого лишнего, осмысление простого рассказа и др.). Обычно задержка в развитии логического мышления сочетается с низким уровнем сформированности познавательных интересов, с преобладанием игровых мотивов. Недоразвитие абстрактного мышления проявляется, прежде всего, в усвоении счета. На характер мыслительной деятельности детей с ДЦП оказывают влияние церебральные явления, выражающиеся в низкой интеллектуальной работоспособности, а также инертность психической деятельности.

**Речь.** У 60–80% детей с ДЦП отмечается *дизартрия*, т.е. нарушение звукопроизводительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. Сроки речевого развития у детей, как правило, задержаны. При ДЦП наиболее медленный темп речевого развития наблюдается в доречевом периоде (до 1 года), раннем возрасте (первые три года жизни). На втором году жизни, даже при самых тяжелых формах заболевания, развитие общей моторики обычно опережает развитие речи. Чаще всего дети произносят первые слова примерно в 2–3 года. Значительный скачок в развитии речи при проведении коррекционно-логопедических занятий происходит в конце третьего года жизни. На этом этапе темп речевого развития начинает опережать темп развития общей моторики. Как правило, фразовая речь формируется к 4–5 годам; в старшем дошкольном возрасте (5–7 лет) наступает ее интенсивное становление. В наиболее тяжелых случаях фразовая речь формируется лишь к периоду школьного обучения.

У детей с ДЦП отмечается бедность *словарного запаса*, что приводит к использованию одних и тех же слов для обозначения разных предметов и действий, отсутствие ряда слов-названий, несформированность многих видовых, родовых, других обобщающих понятий. Особенно ограничен запас слов, обозначающих признаки, качества, свойства предметов, а также различные виды действий с предметами. Большинство детей пользуются фразовой речью, но предложения обычно состоят из 2–3 слов; слова не

всегда правильно согласуются, не используются или используются не в полной мере предлоги. У большинства детей школьного возраста сохраняется задержка в формировании пространственно-временных представлений, в их обиходной речи ограничено употребление слов, обозначающих расположение предметов в пространстве, в определенной временной последовательности. Отмечается и своеобразие в понимании речи: недостаточное понимание многозначности слов, иногда незнание предметов и явлений окружающей действительности. Нередко вызывает трудности понимание текстов художественных произведений, арифметических задач, программного материала.

Нарушение *звукопроизношения* при ДЦП в основном связано с общими двигательными расстройствами. Например, у детей с гиперкинетической формой ДЦП нормальное произношение нарушено из-за гиперкинезов языка, губ и т.д. Меняющийся мышечный тонус при гиперкинетической форме ДЦП определяет непостоянство нарушений звукопроизношения. При резком повышении мышечного тонуса в конечностях может наступить спазм мышц языка и гортани. При атонически-астатической форме ДЦП речь медленная, прерывистая, монотонная. Нарушения звукопроизношения выражаются в виде пропусков звуков, их искажений или замен. Нарушения звукопроизводительной стороны речи могут усиливаться по причине расстройств дыхания и голосообразования.

При ДЦП может наблюдаться недостаточный уровень сформированности *лексико-грамматической стороны речи*. Для большинства детей характерна недостаточная дифференциация и низкая актуализация временных и особенно всех пространственных связей и отношений в активной речи.

Для большинства учащихся с ДЦП характерны слабая дифференциация лексических значений, незнание языковых правил перефразирования, неточности употребления антонимов и синонимов, нарушение лексической сочетаемости слов. Все это часто приводит к неправильному построению предложений.

*Мелодико-интонационная сторона речи* при ДЦП также нарушена: голос обычно слабый, иссякающий, смодулированный, интонации невыразительны.

Таким образом, для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений – замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Многие дети отличаются низкой познавательной активностью, проявляющейся в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебральным синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо оно проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом обычно нарушается целенаправленная деятельность.

*Уровень интеллектуального развития* широко варьирует – от нормального интеллекта (IQ около 110) до различных по структуре и выраженности форм олигофрении (до IQ = 20). У большинства детей с ДЦП наблюдается специфическая задержка психического развития (70%). Норма наблюдается в 10% случаев, интеллектуальная недостаточность – в 20%. Задержку психического развития при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития. Дети легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционно-педагогической работе они в умственном развитии часто догоняют сверстников.

#### 4.5. Особенности познавательной сферы у детей с нарушениями зрения

Зрение обеспечивает восприятие более 80% информации о внешнем мире, является определяющим в формировании представлений о реально существующих предметах и явлениях и лежит в основе выполнения большинства видов человеческой деятельности. Нарушения зрения вызывают у ребёнка большие затруднения в познании окружающего мира, сужают социальные контакты, ограничивают возможности заниматься многими видами деятельности. Особое значение в компенсации зрительного нарушения для незрячих и слабовидящих имеют осязание, слуховое восприятие, речь.

**Развитие внимания, логического мышления, памяти, речи** у слепорожденных протекает нормально, хотя проявляется некоторое своеобразие мыслительной деятельности с преобразованием развития абстрактного мышления. У ослепших детей: чем позже ребенок потерял зрение, тем больше у него объем зрительных представлений, который можно воссоздать за счет словесных описаний. Если этого не делать, происходит постепенное стирание зрительных образов.

**Внимание.** В благоприятных условиях семейного воспитания и дошкольного образования, побуждающего детей к активности, интересу к окружающему миру, вырабатывается произвольное внимание высокого качества, способное компенсировать недостаток зрения тренингом анализаторов слуха и осязания, снижая минимальные пороги их чувствительности. Вместе с тем в напряженном процессе сверхкомпенсаторного развития произвольного внимания (вследствие быстро наступающей усталости и даже утомления) наблюдается временное снижение таких характеристик внимания, как устойчивость и переключаемость.

**Восприятие.** В норме перцептивные процессы развиваются главным образом за счет зрительного анализатора. Существует возможность благодаря зрению дистантно воспринимать окружающий мир, в симультанных процессах многообразно и быстро трансформировать его в психические образы внутреннего мира, что позволяет (в результате восприятия целостных объектов, правильной проекции их расположения в пространстве, метричности их числа и размера) адекватно ориентироваться в пространстве и мысленно манипулировать предметами в образном мышлении.

У лиц с остаточным зрением зрительные образы искажены и фрагментарны, у абсолютно слепых с рождения вовсе отсутствуют. В этой связи адекватным дистантным анализатором остается только слуховой, а такие важные характеристики восприятия объектов в пространстве, как форма, величина, протяженность, удаленность, взаиморасположенность, исследуются с помощью контактного осязания, когда информация поступает не целостно, многообразно и быстро, а последовательно (сукцессивно), частями, медленно.

**Осязание** развивается в основном за счет активного ощупывания (тактильное восприятие) и манипуляций с предметами (кинестетическое восприятие). Обучение азбуке Брайля, состоящей из рельефно-точечного шрифта, позволяет особенно повышать чувствительность пальцев рук. Усиленная тренировка кинестетического осязания способствует развитию двигательной системы в деятельности, в тех или иных ее операциях, формирующих точные и устойчивые навыки.

Компенсация восприятия дистантных сигналов с помощью слуха вырабатывает более тонкую дифференцировку звуков. Еще в большей степени этому процессу способствует музыкальное образование слепых детей.

Развитие *восприятия пространства*, ориентировки в нем складывается у слепых детей следующим образом. В раннем возрасте наблюдаются неуверенность в прямо стоянии, ходьбе, боязнь передвигаться, что (вкуче с отсутствием зрительного контроля движений) сказывается и на общем моторном недоразвитии, в том числе слабом освое-

нии предметной деятельности. Нередко имеют место двигательные стереотипии (потряхивание рук перед глазами, похлопывание). С трудом формируются навыки самообслуживания. В младшем школьном возрасте, к началу обучения в школе, слепые дети еще недостаточно владеют схемой собственного тела, испытывают трудности в определении направления движения, медленно, неловко перемещаются. В дальнейшем они учатся осваивать территорию школьного пространства, овладевают топографическими представлениями, моделируют путь по специальным картам, используют приемы ходьбы с белой тростью. Все это, в конечном счете, позволяет им самостоятельно проходить ближние и дальние незнакомые маршруты.

**Память.** Отличается большим индивидуальным разбросом показателей (норма, выше и ниже нормы). Среди общих особенностей отмечается высокий уровень развития осязательной и слуховой памяти, а у слабовидящих – фрагментарность воспроизведения зрительной информации, что требует повторных неоднократных усилий припоминания (реминисценций).

Психологическое объяснение замедленного развития процесса запоминания при нарушениях зрения исследователи находят в недостатке наглядно-действенного опыта, повышенной утомляемости, а также в несовершенстве методов обучения детей с дефектами зрения.

**Мышление.** Преобладание осязания в познании окружающего мира задерживает в младшем школьном возрасте года на 3–4 переход ведущего вида мышления от двигательного к образному. Перевод внешних действий во внутренний план у слепых происходит в связи с развитием словесно-логического абстрактно-понятийного мышления, компенсирующего недостатки наглядно-образного. Вместе с тем вербальное мышление страдает формализмом, поскольку многие значения слов не подкреплены реальными полноценными сенсорными образами.

В операции *сравнения*, основанной на анализе-синтезе наблюдаются затруднения на уровне чувственного познания. Невозможность или сложность получения ряда чувственных данных при полной или частичной утрате зрения препятствует тонкому различению и дифференцировке объектов, а, следовательно, и их сравнению. Разумеется, недостаточная глубина сравнения на чувственном уровне не может не отразиться на научно-теоретическом мышлении, так как и при сравнении понятий необходима опора на их конкретное содержание, причем, чем сложнее мыслительная задача, тем более часто приходится опираться на конкретные, чувственные данные. Недостаточно тонкий анализ, страдающий из-за сужения сферы чувственного познания, часто приводит к установлению тождества или различия по несущественным либо по слишком общим, генерализованным признакам, в результате чего сравнение не способствует вычленению характерных признаков и существенных связей.

**Речь.** Поскольку речевая деятельность при дефектах зрения принципиально не нарушается, овладение речью и ее функциями, а также структурой при слепоте происходит в общих чертах так же, как и у нормально видящих, однако нарушения или отсутствие зрения накладывают на этот процесс определенный отпечаток, вносят специфику, проявляющуюся в динамике развития и накопления языковых средств и выразительных движений, своеобразии соотношения слова и образа, содержании лексики, некотором отставании формирования речевых навыков и языкового чутья.

Овладение *фонетической стороной речи* совершается на основе подражания. И если развитие фонематического слуха и формирование речеслуховых представлений, основанное на слуховом восприятии, протекает у слепых и зрячих идентично, то формирование речедвигательных образов (артикуляции звуков речи), основанное не только на слуховом, но и на кинестетическом и зрительном восприятии, существенно страдает. Это есть следствие полного или частичного нарушения возможности визуально отра-

жать артикуляторные движения вступающих в речевой контакт со слепым ребенком окружающих его людей. Основным дефектом речи при слепоте является *дислалия*, широко распространенная у слепых детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Развитие *словарного запаса* может рассматриваться в двух аспектах: количественно – как увеличение числа используемых и понимаемых слов, и качественно – как смысловое развитие словаря, как соотношение слов и обозначаемых ими предметов, как процесс обобщения значения слов. Неограниченные у детей с дефектами зрения возможности речевого общения (непосредственное общение со взрослыми, чтение книг, слушание радио и т.д.) способствуют накоплению словарного запаса, который уже в среднем школьном возрасте может не только достичь уровня нормы, но и, по данным некоторых исследователей, превзойти его. Несмотря на то, что слепые обычно правильно употребляют слова в том или ином контексте, знания их при тщательной проверке часто оказываются вербальными, не опирающимися на конкретные представления, а значение слов либо неправомерно сужается – слово остается как бы привязанным к единичному признаку, объекту или конкретной ситуации, либо чрезмерно отвлекается от своего конкретного содержания, утрачивая свое значение.

*Обучение чтению по алфавиту Брайля* происходит в результате соотнесения формы буквы с реальными предметами, геометрическими эталонами, специальными цветными увеличенными разборными колодками, моделирующими структуру алфавита для слепых. На следующем этапе учат запоминать места точек брайлевского шрифта в составе каждой буквы, их пространственного расположения в фигуры, их в словесной ячейке шеститочия.

Таким образом, степень выраженности отставания в психическом развитии у таких детей зависит от этиологии, тяжести и времени возникновения дефектов зрения, а также от своевременного начала коррекционно-реабилитационной работы.

#### **4.6. Особенности познавательной сферы у детей с нарушениями слуха**

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 неслышащего 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.

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 неслышащим 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 неслышащих детей становится подвижным, критичным, самостоятельным.

**Внимание.** В связи с тем, что внимание ребенка с нарушением слуха в процессе обучения чтению по губам концентрируется благодаря работе одного зрительного анализатора, характерны трудности развития свойств переключаемости, быстрая утомляемость. Задержка качества становления произвольного внимания на 3–4 года (оптимум приходится на подростковый возраст) по сравнению с нормой (младший школьный возраст), обусловлена, как и во всех случаях дефицитарного развития, пониженной инициативой общения таких детей с окружающим миром, значимые объекты которого долгое время продолжает выделять для них взрослый.

Более позднее становление высшей формы внимания связано и с отставанием в развитии речи. Первоначально произвольное внимание ребенка опосредовано общением со взрослыми. Указательный жест, затем речевая инструкция взрослого выделяют из окружающих предметов вещь, на которую направляется внимание ребенка. Постепенно ребенок начинает управлять своим поведением на основе самоинструкций (сначала развернутых, с внешними опорами, затем – совершающихся во внутреннем плане). У ребенка с нарушенным слухом эти переходы совершаются в более поздние сроки. В дальнейшем, в связи с тренингом устной, тактильной, жестовой речи, развивается высокое качество распределения внимания, контролирующего речь собеседника и собственную речь.

**Ощущения и восприятие.** Выпадение одного из анализаторов в содружественной сенсомоторной работе приводит к задержке восприятия пространства, схемы тела и, как следствие, развития движений. Большинство детей с нарушением слуха позже начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить. На протяжении всего дошкольного возраста (в связи с тесным взаимодействием слухового и вестибулярного аппаратов), а нередко вплоть до подросткового возраста сохраняются неустойчивость поз и движения, потеря равновесия. Страдают ориентация в пространстве, координация и ловкость пальцев рук. Нарушается походка (волочат ноги, спотыкаются). Замедляется темп двигательной активности, затруднено формирование двигательных навыков.

**Кожная чувствительность.** Кожные ощущения возникают при непосредственном контакте предмета с кожей. Из всех видов кожных ощущений для компенсации нарушений слуха наибольшее значение имеют вибрационные ощущения. Колебания вибрирующих предметов распространяются в воздушной среде, твердом теле и жидкости. В том случае, когда человек не прикасается непосредственно к источнику вибраций, а воспринимает их через передающую среду, вибрационные ощущения дают возможность судить о явлениях, удаленных от человека. При нарушениях слуха это очень важно, поскольку глухой человек лишен одного из важнейших каналов приема информации на расстоянии – слуха.

Развитие вибрационной чувствительности имеет большое значение для овладения устной речью, ее восприятием и произношением. Некоторые из вибраций, возникающих при произнесении слов, улавливаются неслышащим ребенком при прикладывании ладони к шее говорящего, при поднесении ладони ко рту, при использовании специальных технических средств, при этом не слышащие дети лучше воспринимают такие компоненты речи, как темп и ритм, ударения. Вибрационные ощущения помогают глухому осуществлять контроль за собственным произношением.

**Осязание.** С помощью осязания осуществляется познавательный процесс, в котором принимают участие кожные и двигательные ощущения. Л.П. Розова исследовала особенности узнавания при помощи осязания объемных предметов и их контурных изображений. Объемные предметы легче распознаются всеми детьми. Различия между слышащими и неслышащими выступали особенно отчетливо в тех случаях, когда распознавание объектов требовало мыслительных операций. Слышащие дети использовали более сложные формы обследования объектов – сложные виды движений, поиск добавочных признаков, характерных для названного ими объекта. Оpozнание предмета с

помощью осязания при выключенном зрении требует активного привлечения прошлого опыта, сопоставления полученных данных с имеющимися представлениями и знаниями о предметах, правильной организации процесса обследования. Недостаточное развитие мышления и речи у детей с нарушениями слуха сказывается на развитии осязания.

*Зрительное восприятие.* Как показало исследование К.И. Вересотской, у детей с нарушениями слуха, наблюдается замедленное по сравнению со слышащими сверстниками узнавание предметов. Зрительное восприятие формы предметов складывается в практической предметно-манипулятивной деятельности детей при одновременном овладении соответствующими обозначениями. Способность складывать разрезную картинку указывает на наличие анализа и синтеза в процессе зрительного восприятия. По данным А.А. Венгера, Г.Л. Выгодской и Э.И. Леонгард у половины детей 4-го года жизни удается сложить картинку из двух-трех частей, половине детей старше шести лет – из пяти частей. Таким образом, более сложные процессы, требующие не только наличия зрительного образа, но и способности синтезировать целое, формируются у детей с нарушениями слуха медленнее, им труднее дается единый аналитико-синтетический процесс, а неполнота анализа часто приводит к неверному объединению элементов.

Как показало исследование Н.В. Яшковой, при восприятии изображений дети с нарушением слуха испытывают затруднения в восприятии и понимании перспективных изображений, пространственно-временных отношений между изображенными предметами; у них возникают трудности в восприятии предметов в движении, в их обычном ракурсе, при восприятии контурных изображений; дети не узнают предмет, если он частично закрыт другим.

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

*Речь.* Дети с нарушенным слухом могут овладеть словесной речью только обходными путями, в условиях специального обучения. При этом они опираются на зрительное восприятие, подкрепленное речевыми двигательными ощущениями. Ж.И. Шиф выделяет следующие четыре *психологических условия*, определяющих особенности формирования у детей с нарушенным слухом словесной речи.

*Первое условие* заключается в том, что у детей с нарушенным слухом наблюдаются иные сенсорные основы формирования первичных образов слов, чем у слышащих детей. У слышащих детей первичным образом слова является слуховой, у детей с нарушенным слухом – зрительный образ, подкрепляемый двигательными ощущениями (написанное, тактилируемое или артикулируемое слово).

*Второе условие* – другой порядок анализа речевого материала. Овладевая речью, слышащий ребенок схватывает фонетический образ слова, практически членит его на слоги, потом на «азбучные звуки». У детей с нарушенным слухом знакомство со словом начинается с его зрительного восприятия. При обучении устной речи на определенном уровне овладения произношением у них появляется послоговое членение слов. При этом происходит перестройка прежнего побуквенного анализа слова. Таким образом, у ребенка с нарушенным слухом, воспринимающего слово побуквенно, но обучающегося произносить его по слогам, зрительное восприятие должно попасть под влияние двигательных компонентов речи, которые ведут его за собой. Эта перестройка происходит медленно, поскольку в сенсорном речевом опыте детей с нарушенным слухом зрительный образ слова длительно доминирует над медленнее развивающимся двигательным его образом.



*Третье условие* – другие в сравнении со слышащими детьми типы грамматических преобразований, причиной чего является иная сенсорная основа овладения речью. Звучащее слово воспринимается слышащими как единое целое, в случае преобразования оно часто начинает звучать по-другому (например, меняется ударение). Детями с нарушенным слухом образ слова воспринимается зрительно и его преобразования представляются чисто «внешними».

*Четвертое условие* – своеобразные и неблагоприятные условия формирования речедвигательных навыков. Известно, что чем ближе вторичные отклонения к первичному нарушению, тем труднее осуществляется их коррекция. Произносительная сторона речи находится в наиболее тесной зависимости от нарушений слуха, и ее формирование оказывается наиболее трудным делом.

Одной из существенных особенностей, наблюдающихся при овладении детьми с нарушенным слухом *словесной речью*, являются ошибки, которые они допускают при грамматическом оформлении речи. Ошибки связаны с нарушением словесного общения и теми психологическими условиями, которые были обозначены выше. Характер ошибок различен на разных стадиях овладения речью. На ранних этапах усвоения словесной речи дети часто не различают части речи и не всегда правильно ими пользуются, с трудом овладевают местоимениями и предлогами, неправильно используют суффиксы и окончания. Затем количество таких грубых ошибок уменьшается, но сохраняются ошибки, связанные с различением более тонких признаков системы языка. К старшему школьному возрасту у детей сохраняются ошибки, связанные с усвоением законов сочетания слов (ошибки согласования и управления). Важной особенностью психического развития детей с нарушенным слухом является то обстоятельство, что они почти одновременно овладевают несколькими различными видами речи – словесной (устной и письменной), дактильной и жестовой.

**Память.** Потеря слухового контроля двигательной активности, внешней звуковой стимуляции, приводящая к задержке ее развития, сказывается на двигательной памяти. Существенно ухудшается память на действия, их последовательность, на динамику событий. В результате, в период освоения речи, характерным недостатком глухих детей является наличие в их словаре преимущественно существительных, скудность глаголов (т.е. обозначений действия) и предлогов направления движения.

*Образная память* у детей с нарушенным слухом так же, как и у слышащих, характеризуется осмысленностью. Процесс запоминания у них опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению вновь воспринятого с удержанным ранее.

По характеру произвольного запоминания детьми с нарушенным слухом наглядного материала можно заключить, что в их памяти образы предметов в меньшей степени, чем у слышащих, организованы системно. Дети реже пользуются приемами опосредствованного запоминания, что отрицательно сказывается на сохранении образов в памяти. Исследования особенностей произвольного запоминания предметов, схематических фигур показали, что у детей с нарушенным слухом сложившиеся в опыте системы образов оказываются менее дифференцированными, менее прочными, менее устойчивыми к помехам со стороны сходных образов, чем у слышащих сверстников.

Развитие *словесной памяти* глухих детей проходит ряд стадий (И.М. Соловьев). Для первой (I–III классы) характерен распространяющийся тип запоминания, т.е. прирост воспроизводимого материала от повторения к повторению. На этой стадии ребенок может вообще не понять текст, поэтому каждый его элемент выступает для него как рядоположный, а текст – как последовательность элементов. Для второй стадии (IV–VI классы) характерен охватывающий тип запоминания, при котором ребенок понимает и запоминает общий смысл текста и ключевые его слова, а в дальнейшем по-

полняет его недостающими элементами. Для третьей стадии развития словесной памяти (VII–VIII классы) характерно полное понимание и запоминание текста.

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

**Мышление.** Формируемое в условиях недостаточного общения с развивающей сигнально-звуковой и речевой социальной средой наглядно-действенное мышление отстает в своем развитии, обеднено предметным, орудийным содержанием, ригидно, стереотипно. Позже нормы появляется комплекс оживления (и не на человека, а на яркий предмет). Запоздывает и вяло протекает активность хватания игрушек. Игровая деятельность безынициативна, подражательна, ребенок педантично копирует действия других.

В раннем возрасте у детей с сохранным слухом интенсивно протекает саморазвитие устной речи на основе разработанного в младенчестве звукоподражательного лепета. Раннее развитие устной речи – залог своевременного формирования словесно-логического мышления. Вследствие низкого темпа процесса вербализации трудно образуется связь зрительных образов со словами, обозначающими их. Именно этот механизм позволяет переносить внешние действия во внутренний план, в значительно более быстром мыслительном процессе оперировать не предметами, а их зрительными образами. Поэтому переход от преимущественно наглядно-действенного мышления к образному у детей с нарушенным слухом запаздывает по сравнению с нормой. Развитие образного мышления интенсифицируется в период 7–10 лет, т.е. в то время, когда у их слышащих сверстников быстрым темпом развивается уже словесно-логическое, более высокого уровня, мышление.

Только годам к 17 годам дети с нарушенным слухом в достаточной мере овладевают словесно-логическим мышлением, при этом остаются трудности в обратимости словесного, образного и наглядно-действенного видов мышления, переходах от одного к другому. Еще в большей степени страдает воображение.

#### **4.7. Познавательная сфера детей с РДА**

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

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

7) потребности в контактах с другими людьми (даже близкими) не испытывает, если они возникают, быстро пресыщается, избегает или игнорирует их, что крайне затрудняет воспитание и обучение, делая их невозможными без использования специальных методов и приемов.

В *процессах восприятия* обнаруживаются черты неравномерности, парциальности. Так, например, в зрительном восприятии на первый план выходит не целостный зрительный образ, а его отдельные компоненты – цвет, форма, размер: тонко оценивая оттенки цветов, ребенок к другим параметрам относится формально, а иногда и вообще их игнорирует, не замечает.

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

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

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

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

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

Приводимые разными авторами характеристики своеобразия **речевого развития** детей с аутизмом многочисленны, но в основном сходны. Среди этих особенностей наиболее распространены следующие: 1) мутизм (отсутствие речи) значительной части детей; 2) эхολалии (повторение слов, фраз, сказанных другим лицом), часто отставленные (т.е. воспроизводимые не тотчас, а спустя некоторое время) и смягченные (сказанное другим человеком несколько видоизменяется: добавляются или переставляются отдельные слова, меняются некоторые флексии и т.п.); 3) обилие слов – и фраз–штампов, фонографичность речи («попугайность»), что при нередко хорошей памяти создает иллюзию развитой речи; 4) отсутствие в речи обращений, несостоятельность в диалоге (хотя монологическая речь иногда развита хорошо); 5) автономность речи: позднее появление личных местоимений (особенно «я») и их неправильное употребление (о себе – «он» или «ты», о других – иногда «я»); нарушения семантики различного вида – метафорическое замещение, расширение или чрезмерное (до буквальности) сужение толкований значений слов, неологизмы; 6) искажения грамматического строя речи; 7) дефекты звукопроизношения; 8) расстройства просодических компонентов речи. Все эти отклонения в речевом развитии могут встречаться и при других вариантах патологии, однако при РДА большинство из них имеют свои особенности. Кроме того, они, как правило, обусловлены недоразвитием коммуникативной функции речи, что накладывает весьма характерный отпечаток. В любом случае речевые нарушения при РДА требуют специальной коррекции или хотя бы учета своеобразия психического развития этих детей.

С возрастом аутистические проблемы в большинстве случаев несколько смягчаются, но никогда не становятся такими, чтобы можно было думать о «выздоровлении».

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

С отождествлением аутизма и интеллектуального недоразвития согласиться нельзя хотя бы потому, что немало людей с верифицированным в раннем детстве диагнозом аутизма успешно заканчивают массовые школы, поступают в вузы и достаточно высоко поднимаются в жизни по ступеням социальной иерархии, в то время как в детстве их интеллектуальная несостоятельность считалась очевидной и доказанной. Можно привести ряд примеров: Темпл Грандин (США) – профессор ветеринарии в универ-

ситете Северного Колорадо, Донна Уильяме (Австралия) – писатель, Ирис Юханссон (Швеция) – общественный деятель и многие другие.

Однако такие случаи нечасты. В них мы имеем дело с ситуацией, когда интеллектуальная недостаточность являлась следствием аутистической отгороженности ребенка от окружающего, когда аутистический барьер лишил развивающуюся психику необходимого притока сенсорной, аффективной, когнитивной информации. Сформировалась клиническая картина, одной из наиболее ярких особенностей которой оказывалась выраженная интеллектуальная недостаточность. Правильная и своевременная коррекция аутизма становится в этом случае условием интеллектуального прогресса.

В ряде случаев мы встречаемся с аутистическими чертами поведения у детей с тяжелыми интеллектуальными нарушениями (глубокая и тяжелая степени интеллектуальной недостаточности). Аутизация возникает из-за невозможности интеллектуальной переработки поступающей эмоциональной информации, что нередко приводит к стереотипиям, сложностям в контактах, характерным сенсорным проявлениям и т.д. Однако при всей внешней схожести с аутизмом мы не видим тотальности в нарушениях коммуникации, не обнаруживаем той отрешенности от окружающего и игнорирования витальных моментов, которые столь свойственны детям с аутизмом. Если создать вокруг такого ребенка теплую, аффективно комфортную атмосферу, если занятия проводить активно и в достаточном объеме, то они оказываются вполне результативными – в меру глубины интеллектуального дефекта и других особенностей ребенка. В значительной мере благодаря именно подобному варианту возникли представления о близости аутизма и некоторых классических форм интеллектуальной недостаточности (например, синдрома Дауна, туберозного склероза или фенилкетонурии).

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

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

### Вопросы и задания

**1. На основе психолого-педагогической характеристики на ребенка определите вариант ЗПР по клинико-психологической классификации К.С. Лебединской (Гонеев, А.Д. Основы коррекционной педагогики / А.Д. Гонеев [и др.]. – М.: Академия, 2002. – 272 с.).**

#### ***1. Задержка психического развития ... происхождения***

Таня Б., 7 лет, ученица I класса. В семье 5 детей, все девочки, Таня – четвертый ребенок от шестой беременности. Все три старшие сестры имеют задержку психиче-

ского развития. Физическое развитие Тани отстает от паспортного возраста. Девочка непосредственна, эмоции проявляются ярко, настроение повышенное.

Дисциплину на уроках Тани соблюдать трудно, ей нелегко воздержаться от высказываний, кроме того, поведение сильно зависит от настроения, которое может очень резко меняться. Активность, отмечаемая во внеурочное время, на занятиях резко снижается. С программным материалом девочка справляется с трудом, умения и навыки вырабатываются медленно, закрепляются плохо. Тани нравится заниматься раз личными видами письменных работ, но на замечания о неверном написании букв или цифр реагирует часто негативно, ошибки не осознает. Счетные операции производятся с трудом, часто не осознаются. Наибольшие затруднения возникают у Тани при чтении из-за слабого развития фонематического восприятия и отсутствия интереса девочки к этому роду занятий. С удовольствием Таня работает на уроках труда и изобразительного искусства. Знает и различает цвета, правильно штрихует рисунок, хорошо вырезает. Девочка музыкальна, обладает неплохим голосом с чистой интонацией, довольно ритмична.

Самостоятельности в овладении знаниями и преодолении трудностей девочка не проявляет. Заметно снижаются возможности Тани при отрицательных эмоциях. В таких ситуациях Таня практически не воспринимает материал. Вывести ее из такого состояния можно похвалой, положительными оценками независимо от результатов ее деятельности. Учитель учитывает эти особенности, использует метод поощрения, но не злоупотребляет им.

Девочке очень трудно сосредоточиться на работе, ее отвлекает любой посторонний раздражитель, внимание неустойчивое. Переключение внимания зависит от заинтересованности работой. Объем внимания – 2 объекта, в состоянии утомления – не более одного. Преобладающим является произвольное внимание.

Процессы восприятия у Тани протекают в большинстве случаев замедленно. Отмечается поверхность и недостаточная обобщенность восприятия. Девочка правильно воспринимает объекты в привычном для них положении, при изменении условий восприятия этого часто не происходит. Меры времени знает в пределах программы. Восприятие пространства требует дальнейшего развития, положение в пространстве часто определяет неверно, путает «левый – правый», ненаблюдательна. Таня знает основные формы, величины в пределах «большой – маленький», «больше – меньше». Представления лишены обобщенности, полноты, отмечается их фрагментарность даже на бытовом уровне.

Наиболее эффективным средством, используемым для развития у ученицы обобщенности представлений на уроках развития речи, является наглядность в сочетании с живым словом учителя.

Процессы памяти развиты у Тани слабо. Материал она запоминает медленно, в маленьких объемах. Происходит это в результате преимущественно произвольного запоминания после большого количества повторений. Осмысленность при этом часто теряется. Сохранение информации также страдает, поэтому воспроизводит Таня в основном отдельные фрагменты, наиболее яркие. При этом осмысленность воспроизводимого зачастую отсутствует, также отмечается искажение и нарушение последовательности событий.

Решение мыслительных задач вызывает у Тани значительные затруднения. Рассуждения крайне непоследовательны, причинно-следственные зависимости между явлениями и событиями устанавливаются только с помощью учителя. В большинстве случаев особенностью мышления Тани является пассивность. Умение контролировать и исправлять свои действия, следуя цели задания, практически не сформировано, т.е. отмечается не критичность мышления. Мыслительные операции развиты слабо: на-

блюдаются бессистемность и непоследовательность анализа при выполнении новых заданий; при сравнении девочке трудно исключить несущественные признаки, операции обобщения и классификации в ряде случаев тоже опираются на несущественные признаки. Аналогию между предметами Таня может провести только под руководством учителя, она не может самостоятельно делать выводы. Умозаключения девочки примитивны, алогичны. Преимущественно развит наглядно-действенный вид мыслительной деятельности, в меньшей степени – наглядно-образный, абстрактный.

Девочка страдает общим недоразвитием речи. Словарь беден, пассивный словарь значительно шире активного. Предикаты и определения в речи малочисленны. Страдает грамматический строй, наиболее часто встречаются нарушения согласования, пропуск или неверное употребление предлогов. На уроках темп речи замедленный. Отмечается неправильное понимание и, следовательно, неточное использование слов. Монологическая речь бессвязна (отмечается соскальзывание с одной темы на другую), лишена логичности и завершенности. Таня не умеет поддерживать беседу, вопросы может задавать лишь в случаях заинтересованности предметом, часто затрудняется повторить даже сформулированный другим учеником ответ. Списывание осуществляет побуквенно, при письме под диктовку требуется большое количество повторений и контроль со стороны учителя. Отмечаются множественные дефекты звукопроизношения, которые отрицательно сказываются при составлении слов, чтении слогов, темп речи замедлен.

Умение Тани работать в коллективе требует совершенствования организованности поведения, постоянного контроля со стороны учителя. К учителю девочка относится с уважением, признает его авторитет. Требованиям одноклассников не подчиняется, выдвигает свои и ждет их исполнения. Любит общаться с учащимися более старших классов. В группе имеет статус предпочитаемого. На окружающие события реагирует часто неадекватно. Контактна, бывает навязчива, часто создает конфликтные ситуации.

Таня – девочка добрая, общительная, но ситуацию оценить верно часто не в силах, так как система ее взглядов еще не сформирована. Школу посещает регулярно, но может не явиться на занятия из-за обиды на одноклассников или на учителя. Многие виды работ ей интересны, долго может заниматься тем, что ей нравится. При общении с учителями сохраняет определенную дистанцию. Навыки культурного поведения находятся на низком уровне развития: девочка неопрятна, степень самостоятельности минимальна, но элементарные правила вежливости знает.

Самооценка у Тани завышенная, свои недостатки она не осознает, самоанализ не проводит. Стержневые черты личности, на которые можно опираться в индивидуальной коррекционно-воспитательной работе с девочкой, – доброта, общительность, любознательность.

## ***2. Задержка психического развития ... происхождения.***

Люба Ю., ученица II класса. Девочка родилась от первой беременности. Роды тяжелые, девочка была в течение месяца в условиях стационара. В детстве болела простудными заболеваниями, в настоящее время у Любы заболевание почек. Физическое развитие ребенка соответствует возрасту; зрение, слух – без видимых нарушений.

Девочка дисциплинированная, к учебным предметам относится серьезно, старательно. Учебный материал усваивает, с заданиями учителя справляется самостоятельно. Любимые предметы Любы – чтение, изобразительное искусство. В свободное время предпочитает читать, рисовать.

Внимание устойчивое. Переключаемость внимания затруднена. Девочка не сразу переходит от одного вида упражнения к другому, ей требуется время. Объем внимания достаточный – 2–3 объекта. У девочки преобладает произвольное внимание.

Люба некоторые явления окружающей действительности воспринимает неполно, но знает меру времени, называет последовательность событий. Чувствует форму и величину предметов. Расположение предметов в пространстве определяет правильно. При наблюдении за предметами и явлениями видит и называет основные изменения.

Представление девочки неполное, фрагментарное. Хорошо и быстро запоминает стихи, хуже рассказы, сказки. Узнает известное в новом материале. Точно воспроизводит занимательный, интересный материал, но часто не соблюдает последовательности.

У девочки развита преимущественно зрительная память, причем преобладает память механическая. Мыслительная деятельность ученицы достаточно активна, но суждения даются с трудом, причинно-следственные зависимости устанавливает слабо. Затруднений в выполнении сравнения нет. Сложнее дается анализ, синтез. Абстрактные понятия и явления не всегда доступны. Выводы делает с помощью учителя. Развито наглядно-действенное мышление.

Люба хорошо понимает обращенную к ней речь. Словарь развит недостаточно. Монологическая речь связная, выразительная. Девочка умеет поддержать тему разговора, отвечает на вопросы, сложнее для нее задать вопрос. Письменной речью владеет слабо, не всегда может выразить свои мысли, хотя предложения строит правильно. Грубых дефектов в речи нет.

Девочка организованная. Легко подчиняется требованиям одноклассников. К ученикам класса относится внимательно, дружелюбно, старается помочь. Авторитетом особым не пользуется, влиять на других не умеет. К работе относится добросовестно. В контакт вступает легко, общительная. Дружит как с девочками, так и с мальчиками. Люба трудолюбива, может справиться с работой без помощи взрослых. За своим внешним видом следит. Но она нерешительна, трудности переносит с трудом, внушаемая, склонна к аффективным вспышкам, может длительно переживать какое-либо событие. Самооценка занижена. В коррекционно-педагогической работе следует опираться на такие черты характера Любы, как доброжелательность, трудолюбие, исполнительность. Большое внимание следует уделить формированию адекватной самооценки ученицы, уверенности в себе.

### ***3. Задержка психического развития ... происхождения***

Юра Б., 8 лет, ученик II класса. В семье мальчик – третий ребенок. Материальное положение семьи очень тяжелое, мать и отец – безработные, отец злоупотребляет алкоголем, основное воспитание осуществляет мама. Единства требований в воспитании нет, в семье происходят часто скандалы, дети в основном представлены сами себе. По физическому развитию Юра соответствует норме.

Мальчик пассивен, интерес к обучению снижен, в контакт вступает настороженно, проявляет тревожность. Со второго полугодия II класса обучается в школе-интернате, у него есть пробелы в усвоении программы. В отношении учебной деятельности учитель отзывался о мальчике положительно. Практические умения и навыки развиты в соответствии с требованиями программы. Различает слова, обозначающие предметы, и слова, обозначающие действия; списывает с печатного текста; анализирует слова по звуковому составу. Умеет без помощи учителя правильно и полно ответить на поставленный вопрос; знает много стихотворений наизусть; читает тексты полными словами, трудные слова по слогам, но не может составлять большие предложения.

По математике умеет выполнять действия с числами в пределах 20 без перехода через разряд, решать простые и составные задачи, распознавать углы, чертить отрезки, называть и обозначать единицы измерения и т.д. По рисованию и ручному труду программу усваивает, грубых нарушений в мелкой моторике нет. Юра обучается по про-



грамме коррекционно-развивающего обучения совместно с другими учениками, но часто учитель ему дает дополнительные задания. Процесс обучения имеет ярко выраженную коррекционную направленность. Например, урок математики: на устном счете учитель проводит игру на развитие внимания, памяти, подбирает задания, способствующие развитию логического мышления, использует приемы для развития связной устной речи и других познавательных процессов.

На уроках привлечь внимание ребенка можно без особого труда, если материал занимательный. В этом случае внимание его не рассеивается. Если спросить мальчика в тот момент, когда он отвлекается, он дает полный и правильный ответ, у него преобладает произвольное внимание. Оно устойчивое, легко переключается с одного вида деятельности на другой. Юра легко воспринимает целостный предмет, редко затрудняется в узнавании его отдельных частей. Мальчик ориентируется в единицах измерения времени.

Новый учебный материал Юра запоминает практически в полном объеме, правильно применяет его на практике. Он с удовольствием заучивает стихотворения, которые читают на уроках, и в конце урока воспроизводит без ошибок, сложные предложения строит без помощи учителя. У ученика преобладает зрительно-слуховой вид памяти, но наблюдается и механическая и словесно-логическая память. У мальчика преобладает наглядно-образное мышление. Он всегда активен на уроках, поднимает руку и пытается ответить на вопросы учителя.

Юра легко справляется с заданиями, требующими сравнения по образу или аналогии. Выводы и обобщения может делать самостоятельно, но иногда опирается на план-схему. Речь экспрессивная с «проглатыванием» отдельных слогов, звукопроизношение нарушено. Мальчик занимается с логопедом. Обращенную речь понимает без труда и выполняет соответствующие инструкции. Монологическая речь развита слабо, в диалоге умеет поддерживать беседу, задает вопросы, дает полные ответы. Дефекты устной речи на письменную речь не влияют.

С первых-дней обучения ребенок легко освоился в коллективе. В интернате он не скучал по дому, так как брат и сестра обучаются в этом же интернате. Мальчик стал активнее, он уважает своих сверстников, ко всем детям относится положительно. Ребенку присущи такие нравственные качества, как доброта, отзывчивость. Учиться мальчик стал с желанием, занятия практически не пропускает. Он стал решительным, в трудной ситуации не ждет помощи, проявляет свое волевое усилие. Ребенок умеет оценивать свой поступок и поступки товарищей. Самооценка Юры совпадает с оценкой товарищей, а также с оценкой родителей и учителей.

#### ***4. Задержка психического развития ... происхождения.***

Настя В., 7 лет, ученица 1 класса. Девочка родилась от шестой беременности, роды – третьи, вес – 4450 граммов, асфиксия средней тяжести, нарушение мозгового кровообращения. Первые слова появились в 1 год, фраза – в 2 года 2 месяца; ходить начала в 1,5 года.

По физическому развитию соответствует паспортному возрасту; в неврологическом статусе – легкая рассеянная микросимптоматика. На уроках девочка неусидчива, капризничает, ссылаясь на усталость в руке, даже в самом начале урока. Учительница постоянно оказывает Насте помощь. На уроках физкультуры, ритмики и музыки девочка активна и хорошо занимается. Дисциплинированность девочки зависит и от того, каким по счету стоит урок. На первых двух уроках девочка спокойна, сосредоточена на выполнении заданий. К концу учебного дня Настя становится невнимательной, рассеянной, кричит на уроках, зевает во весь голос. Насте очень нравится рисовать, поэтому изобразительная деятельность является одним из ее любимых предметов. Математика дается девочке с большим трудом, но если решение заданий получается, то девочка приходит в

восторг и очень радуется. На уроках чтения она плохо следит за читающими учениками, отвлекается на различные слуховые и зрительные раздражители.

Особенности внимания: внимание на уроке привлекается с трудом; оно неустойчивое; переключаемость снижена. Девочка постоянно отвлекается, рассеянна. Особенности восприятия: правую и левую сторону не различает. Разрезанную на 4 части картинку повила методом проб и ошибок без посторонней помощи. С более сложными заданиями не справляется. Восприятие картин и текстов фрагментарное. Особенности памяти: медленно запоминает даже небольшой по объему материал; плохо сохраняет и воспроизводит с ошибками информацию; память кратковременная, в основном механическая, зрительная память очень плохая, но развита слуховая память. Особенности мышления: не может самостоятельно выделить главное, существенное. Помощь со стороны учителя не всегда принимает, задания на сравнение, классификацию предметов непосильны. Затрудняется в выполнении мыслительных операций (анализа, синтеза, сравнения), выводы и умозаключения делает плохо.

Речь: нарушено произношение сонорных, свистящих и шипящих звуков; страдает грамматический строй; беден словарный запас, неразвита связная речь; нарушены фонематические процессы и процессы языкового анализа и синтеза. Темп речи очень быстрый; речь иногда очень выразительна. Девочка умеет поддерживать тему разговора, задавать вопросы.

Читает Настя плохо, чтение слоговое. Девочка очень медленно пишет, делает это с очень громким проговариванием, чем мешает в работе стальным ученикам в классе. Письмо под диктовку девочке дается с большим трудом: она путает буквы по сходству в написании и произношении, при письме неаккуратна, может обводить букву несколько раз, часто искажает слова. Буквы пишет разного размера, выше или ниже строки. В контакт со взрослыми и детьми вступает очень легко, доброжелательна, дружит с одноклассниками, помогает им. Иногда у нее случаются конфликты, чаще всего связанные с учебной деятельностью. Девочка становится капризной и отказывается выполнять задания. Это связано с тем, что она не может проявлять длительное волевое усилие. Однако очень быстро девочка включается в дальнейшую работу класса. Основные положительные качества Насти – доброта, отзывчивость, хорошие отношения с товарищами, трудолюбие. В проведении индивидуальной коррекционно-воспитательной работы следует опираться на положительные нравственные качества девочки.

**2. Определите тип нарушения в развитии по описанию. Обоснуйте свой ответ.**

1) Ребенок: *Таня, 5 лет.* Жалобы родителей: плохая речь, трудно установить контакт.

*Психолого-педагогическая характеристика.* В двигательной сфере проявляется моторная неловкость, часто сочетающаяся с вычурностью движений, есть проблемы формирования навыка рисования. В игре часто наблюдаются стереотипные движения, типично однообразное, бессмысленное повторение одних и тех же действий, игрушки часто использует не по назначению; общение со сверстниками практически отсутствует, эмоции проявляет очень слабо; при контактах старается не смотреть в глаза, переводит взгляд. Не умеет играть с другими детьми. В редких ситуациях речевого общения повторяет фразы, сказанные другими, использует слова-штампы.

2) Ребенок: *Коля, 6 лет.* Жалобы родителей: повышенная двигательная активность.

*Из анамнеза:* ребенок от первой беременности, первых родов; беременность протекала без патологии, роды затяжные, сложные, использовались приемы родовспоможения.

*Психолого-педагогическая характеристика.* Чрезмерная двигательная активность, импульсивность. Грубые нарушения внимания: значительно снижен объем, слабая концентрация на объекте, высокая отвлекаемость. Ребенок постоянно находится в возбужденном состоянии, суетлив. Материал усваивает фрагментарно, так как не может сосредоточиться на нем продолжительное время. Речь характеризуется трудностью в повторении скороговорок, нарушает структуру сложных слов.

**3. Обоснуйте правильность или неправильность сделанных в заключении выводов.**

*Ребенок: Саша, 5 лет. Из анамнеза:* ребенок от первой беременности (без патологии), первых родов; роды в срок.

*Психолого-педагогическая характеристика.* Представления об окружающем носят ограниченный характер, активный словарь значительно сужен, понятия недостаточно точны, отсутствует ряд грамматических категорий. Предпочитает наиболее простые игры, в ролевых играх не принимает отведенной ему роли и не выполняет функций, возлагаемых правилами игры. Внимание неустойчиво, быстро отвлекаем. Запоминает лучше при предъявлении наглядной опоры. Использует помощь взрослого при решении поставленных задач. *Вывод:* ребенок с интеллектуальной недостаточностью легкой степени.

**4. Решите следующие психолого-педагогические задачи**

1) *Наташа С., 3 года,* обследуется в условиях психиатрического стационара с целью установления места дальнейшего пребывания. Из истории болезни известно, что мать оставила ребенка в родильном доме, отец неизвестен. В течение первого года жизни Наташа страдала рахитом, отставала в росте и весе. Перенесла корь, ветряную оспу, два раза пневмонию. При терапевтическом обследовании обнаружены отставание в росте и весе, дисбактериоз, хронический тонзиллит. В настоящее время девочка должна быть переведена из дома ребенка в детский дом. Она ходит, самостоятельно ест, использует фразы из 2–3 слов.

При патопсихологическом обследовании Наташа доступна контакту, выполняет простые инструкции, по просьбе может взять и положить различные игрушки. Знает название частей тела, может их показать. Речь развита слабо, но при оказании помощи возможно повторение фразы из 4–5 слов. Составление рассказа по картинкам недоступно, пересказ текста тоже. Рисунок на уровне каракулей. Эмоциональные реакции живые, адекватные, зависят от поощрения. Выражена истошаемость, неустойчивость внимания. При проведении обучающего эксперимента возможно усвоение и перенесение способов действия.

*Какое нарушение развития можно предположить? В каком учреждении лучше всего обучать девочку?*

2) *Ваня М., 5 лет,* находится на лечении и обследовании в условиях стационара в связи с ночным энурезом. Из беседы с матерью известно, что ребенок родился недоношенным, в течение первого месяца жизни находился в отделении патологии новорожденных. Отставало формирование навыков: сидеть Ваня стал к 9 месяцам, ходить в 1 год и 3 месяца, отдельные слова стал произносить в 1 год и 2 месяца, фразовая речь появилась к 4 годам. Ночной энурез отмечается непрерывный, частый, иногда до двух раз за ночь. Сейчас мальчик веселый, подвижный, посещает детский сад. Воспитательница жалуется, что он часто дерется, неусидчивый, не справляется с учебной программой старшей группы, с трудом одевается, не умеет завязывать шнурки, застегивать пуговицы.

При патопсихологическом обследовании испытуемый охотно беседует, играет. Внимание неустойчиво, выполнение заданий прерывается шумной игрой, беганием по кабинету. Рисунок человека на уровне «головонога». Ребенок может собрать разрезан-

ные картинки из 2-х фрагментов, с помощью экспериментатора – из 3-х. Механическое запоминание – нижняя граница нормы, смысловое (построение фразы) – значительно лучше. Доступны простые обобщения: «игрушки», «еда», «животные». Для выполнения всех заданий необходимо постоянное привлечение внимания, пошаговые инструкции. Самооценка завышена, представление о мнении окружающих не сформированного года жизни Ваня страдает рахитом, отстает в росте и весе. Перенес корь, ветряную оспу, два раза пневмонию. При терапевтическом обследовании обнаружены отставание в росте и весе, дисбактериоз, хронический тонзиллит. Он ходит, самостоятельно ест, использует фразы из 2–3 слов. При патопсихологическом обследовании Ваня идет на контакт, выполняет простые инструкции, по просьбе может взять и положить различные игрушки. Знает название частей тела, может их показать. Речь развита слабо, но при оказании помощи возможно повторение фразы из 4–5 слов. Составление рассказа по картинкам недоступно, пересказ текста тоже. Рисунок на уровне каракулей. Эмоциональные реакции живые, адекватные, зависят от поощрения. Выражена истощаемость, неустойчивость внимания.

*Какое нарушение развития можно предположить? В каком учреждении лучше всего обучать мальчика?*

3) *Костя Б., 7 лет*, находится на обследовании с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что ребенок родился в срок, отставал в раннем развитии: голову держал в 4 месяца, сидеть научился к 9 месяцев, ходить – в 1 год и 5 месяцев. Отдельные слова появились к 2 годам, фразовая речь – к 4 годам. В детском саду программу не усваивал. К настоящему моменту ребенок знает отдельные буквы, может назвать цифры от 1 до 10. При патопсихологическом обследовании ребенок с трудом вступает в контакт, не интересуется заданиями и игрушками. Объем внимания недостаточен. Работоспособность равномерно низкая. Темп сенсомоторики медленный. Доступны простые обобщения: «еда», «посуда», более сложные – невозможны. Запас знаний недостаточен. Испытуемый не знает имени и профессии родителей, своего домашнего адреса. Рисунок человека на уровне «головонога». Счет недоступен. Реакция на оказание помощи, поощрение отсутствует. Критичность к достижениям неразвита, самооценка не сформирована.

*Какой тип нарушенного психического развития отмечается в данном случае? Возможно ли обучение в обычной школе? К какому специалисту следует направить ребенка?*

4) *Таня В., 7 лет*. Обратилась мама с девочкой с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что девочка родилась в срок, в течение первого года жизни развивалась успешно, своевременно научилась сидеть и ходить. Отдельные слова появились в 1 год и 3 месяца, фразовая речь – к 3 годам. На помещение в детский сад была сильная стрессовая реакция, девочка плакала, не спала, ни с кем не общалась. В связи с этим через 2 недели была забрана из садика и до 7 лет воспитывалась дома.

Сейчас Таня знает буквы, счет в пределах 10 пересчетом, несколько отстает в росте и весе от сверстников. При обследовании девочка с трудом привлекается к выполнению заданий, ходит по кабинету, играет игрушками. Объем и переключаемость внимания – в норме, произвольная концентрация затруднена. Интеллект – в границах возрастной нормы, но испытуемая не может самостоятельно заметить ошибки в выполнении заданий. Отмечается несформированность понятия числа, затруднение фонематического анализа и синтеза. Задания воспринимаются при предъявлении их в игровой форме: оценкой своей успешности девочка не интересуется, на поощрение реагирует слабо. Эмоции живые, лабильные, самооценка завышена, слабо дифференцирована.

*Какой тип нарушения психического развития у Тани? Консультация каких специалистов желательна?*

5) *Саша Ж., 11 лет.* Направлен на обследование по инициативе классного руководителя. Со слов учителя известно, что ребенок учится крайне неравномерно, не усваивает программу 5-го класса, прогуливает, на уроке отвлекается, мешает другим заниматься. Часто приносит в школу игрушки. Из беседы с мамой выяснилось, что у ребенка в течение первых 2-х лет жизни было сотрясение мозга, он перенес тяжелую форму кори. При патопсихологическом обследовании испытуемый особого интереса к заданиям не проявляет, но справляется с ними. Объем и произвольная концентрация внимания недостаточны. Отмечается истощаемость по гиперстеническому типу. Механическое запоминание затруднено; ассоциативное – несколько лучше. При обследовании интеллекта отмечается неравномерность его развития: выполнение вербальных тестов на уровне нижней границы нормы, невербальных – успешно, понимание словиц затруднено. Недостаточная способность к аналогии. Отмечаются нарушения мелкой моторики, точной координации движений, фон настроения неустойчивый, выражена двигательная расторможенность. Оказание помощи и поощрение улучшают результаты. Самооценка низкая, выраженная уверенность в негативном отношении со стороны взрослых. Познавательные интересы развиты слабо, отмечается умеренная школьная тревожность.

*Какой тип нарушений психического развития отмечается? В чем состоит первичный дефект и вторичные личностные реакции?*

6) *Толя А., 14 лет.* Испытуемый направлен на судебно-психологическую экспертизу с целью определения соответствия возрасту. Из материалов уголовного дела известно, что испытуемый обвиняется в краже из ларька, совершенной в группе с более старшими подростками. В школьной характеристике указано, что Толя дублировал 1-й и 2-й класс, не успевает по нескольким предметам, часто прогуливает занятия. Физическое развитие замедлено, рост и вес ниже нормы, половое созревание не началось. При патопсихологическом обследовании отмечается, что внимание испытуемого неустойчиво, отношение к заданиям избирательное. Работоспособность неравномерная, отмечаются кратковременные фазовые колебания внимания. Механическое запоминание успешно. Доступно выполнение исключений, обобщений, аналогий. Невербальный интеллект соответствует норме, вербальный – нижняя граница нормы. Креативность крайне низкая. Самооценка слабо дифференцирована, самооценочные суждения незрелые, зависят от мнения более старших подростков. Уровень притязаний низкий, неустойчивый. Круг интересов ограничен, познавательные интересы не развиты, преобладает игровая мотивация. Эмоции крайне лабильны. Отмечается высокая внушаемость.

*Какой тип нарушений психического развития отмечается в данном случае? Соответствует ли психическое и личностное развитие испытуемого паспортному возрасту?*

7) *Оля С., 16 лет.* Девочка находится на стационарном обследовании с целью решения вопроса об инвалидности. Из истории болезни известно, что роды у матери проходили патологически: извлечение при помощи щипцов. Раннее развитие запаздывало: головку держать девочка стала к 5 месяцам, сидеть – в 9, ходить – в 1 год и 9 месяцев. Отдельные слова – к 1,5 годам, фразовая речь – к 4-м. Детский сад Оля не посещала, в 8 лет пошла в первый класс обычной школы. Несмотря на неоднократные предложения педагогов, мать не обращалась в психолого-медико-педагогическую консультацию, девочка продолжала учебу в обычной школе, дублируя 1-й и 5-й класс. В настоящее время она закончила 9 классов, не аттестована по большинству предметов. Нарушений в поведении нет. Оля житейски не ориентирована, выходит из дому только вместе с матерью, отличается высокой тревожностью. При патопсихологическом обследовании контакт затруднен, выражена тревожность, реакции пассивного протеста.

Объем и концентрация внимания недостаточны. Механическое запоминание затруднено; ассоциативное – ухудшает результаты. Исключение и обобщение производятся по конкретно-ситуативным признакам. Классификация также по конкретно-ситуативным признакам. Понимание пословиц, поговорок, аналогий недоступно. Критичность недостаточна. Оказание помощи не улучшает результаты. Самооценка занижена, недифференцирована. Усвоение школьных навыков резко недостаточно: чтение с ошибками, затруднено понимание прочитанного, решение задач на 2 действия недоступно.

*Какой тип нарушения психического развития имеет место? В чем состоят первичный и вторичный дефекты?*

### Тесты

#### 1. ЗПР соматогенного происхождения по МКБ – 10

- А. F 81.3
- Б. F 84.8
- В. F 81.9
- Г. F 84.0

#### 2. Е.С. Слепович в психологической структуре ЗПР в дошкольном возрасте выделяет:

- А. Недостаточную сформированность мотивационно-целевой основы деятельности
- Б. Недостаточную сформированность сферы образов-представлений
- В. Недоразвитие знаково-символической деятельности
- Г. Недостаточную сформированность двигательной сферы

#### 3. Определите тип ЗПР по описанию:

1. Нарушение психического развития обязательно предполагает нарушение интеллектуальных функций, ущербность эмоционально-волевой сферы, часто физическую незрелость

2. Нарушение психического развития связано с неблагоприятными условиями воспитания:

- А. ЗПР конституционального происхождения
- Б. ЗПР соматогенного происхождения
- В. ЗПР психогенного происхождения
- Г. ЗПР церебрально-органического происхождения

#### 4. Основной способ решения наглядно-практических задач у детей с интеллектуальной недостаточностью – это...

- А. Логический отбор
- Б. Интуитивный отбор
- В. Метод проб и ошибок
- Г. Абстрактный анализ

#### 5. При умеренной интеллектуальной недостаточности IQ равен:

- А. 50–70%
- Б. 35–49%
- В. 20 и ниже %
- Г. 20–34%

#### 6. Какой признак нарушения мышления является наиболее характерным для детей с интеллектуальной недостаточностью?

- А. Снижение уровня обобщения
- Б. Ограничение словарного запаса
- В. Снижение объема памяти
- Г. Неустойчивость внимания

**7. Какая характеристика психического развития не типична для ребенка с интеллектуальной недостаточностью?**

- А. Слабость регулирующей функции речи
- Б. Отсутствие познавательных интересов
- В. Тревожность в ситуации тестирования
- Г. Низкий уровень IQ

**8. По МКБ-10 выделяются следующие степени интеллектуальной недостаточности:**

- А. Легкая, средняя, тяжелая
- Б. Умеренная, тяжелая, глубокая
- В. Легкая, умеренная, тяжелая, глубокая
- Г. Легкая, средняя, выраженная

**9. Ребенок с интеллектуальной недостаточностью легко попадает под влияние других людей и не относится... к своим словам и действиям**

- А. С пониманием
- Б. Критично
- В. Ответственно
- Г. Сознательно

**10. При олигофрении у детей в клинической картине преобладает:**

- А. Эмоционально-волевой дефект
- Б. Интеллектуальный дефект с прогрессивностью
- В. Интеллектуальный дефект без прогрессивности
- Г. Личностный дефект

**11. Различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, обозначается при помощи термина:**

- А. Фонетический дефект
- Б. Фонетико-фонематическое недоразвитие речи
- В. Общее недоразвитие речи
- Г. Нарушение средств общения

**12. Слуховое восприятие у детей с нарушениями речи не нарушается при:**

- А. Артикуляторно-фонематической дислалии
- Б. Артикуляторно-фонетической дислалии
- В. Акустико-фонематической дислалии
- Г. Нет правильного ответа

**13. Нарушение видов восприятия, возникающее при корковых очаговых поражениях, называется:**

- А. Амнезия
- Б. Агнозия
- В. Алалия
- Г. Аграфия

**14. Сферы, от состояния которых зависит восприятие и моторная реализация устной речи:**

- А. Сенсорная
- Б. Моторная
- В. Сенсорная и моторная
- Г. Нет правильного ответа

**15. Нарушение, для выявления которого ребенку предлагается пропеть фразу:**

- А. Нарушение интонационной стороны речи

- Б. Амузия
- В. Речевая акустическая агнозия
- Г. Аритмия

**16. Форма нарушения слухового гнозиса, при которой больной не может определить смысл простых, бытовых звуков:**

- А. Нарушение интонационной стороны речи
- Б. Собственно слуховая агнозия
- В. Речевая акустическая агнозия
- Г. Аритмия

**17. Предметная агнозия проявляется в неспособности:**

- А. Запоминать лица
- Б. Зрительно идентифицировать объект
- В. Идентифицировать буквы и цифры при сохранности их написания
- Г. Запоминать мелодии и ритмы

**18. Нередко симультанная агнозия сопровождается нарушением:**

- А. Движений глаз
- Б. Праксиса позы
- В. Речи
- Г. Памяти

**19. Целостное отражение предметов, ситуаций, возникающее при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные поверхности органов чувств – это:**

- А. Восприятие
- Б. Память
- В. Воображение
- Г. Мышление

**20. К основным принципам коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом относят:**

- А. Комплексный характер коррекционно-педагогической работы
- Б. Организация работы в рамках ведущей деятельности
- В. Раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохраненные функции
- Г. Все ответы верны

**21. У большинства детей с ДЦП отмечается:**

- А. Дизартрия
- Б. Дислалия
- В. Ринолалия
- Г. Алалия

**22. Для исследования психики ребенка с аутизмом лучше всего подходит метод:**

- А. Эксперимента
- Б. Беседы
- В. Наблюдения
- Г. Теста

**23. Какие дефекты можно классифицировать при РДА:**

- А. Дефект психической активности
- Б. Нарушение инстинктов, нарушение сенсорики
- В. Нарушение двигательной сферы, нарушение речи
- Г. Все ответы верны



**24. Понимание речи детей с нарушениями слуха начинается с:**

- А. Умения выделить слово в чтении по губам
- Б. Усвоение дактильной речи
- В. Умения рассказывать по картинкам
- Г. Умения воспринимать громкую речь.

**25. Для изучения психики детей с нарушениями слуха создаются специальные тесты. Какие задания исключаются из них?**

- А. Составление узоров
- Б. Складывание фигур по образцу
- В. Классификация предметов
- Г. Толкование пословиц и поговорок

**26. Даже незначительное снижение зрения приводит к тому, что дети испытывают трудности в учебно-познавательной деятельности из-за:**

- А. Невозможности четко воспринимать дидактический материал
- Б. Невнимательности
- В. Повышенной отвлекаемости
- Г. Повышенной застенчивости

**27. При данных зрительных дефектах происходит постепенное ухудшение зрительных функций под влиянием патологического процесса:**

- А. Прогрессирующие
- Б. Непрогрессирующие
- В. Врожденные
- Г. Приобретенные

*Ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не есть просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, ребенок, но иначе развитой ...  
дефективный ребенок представляет отличный, своеобразный тип развития*  
Л.С. Выготский

## ТЕМА 5. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

### **План:**

- 5.1. Личность детей с нарушениями психического развития (трудностями в обучении)
- 5.2. Особенности личности детей с интеллектуальной недостаточностью
- 5.3. Особенности личности детей с нарушениями речи
- 5.4. Личность детей с ДЦП
- 5.5. Личность детей с нарушениями слуха
- 5.6. Личность детей с нарушениями зрения
- 5.7. Личность детей с РДА

**Основные понятия:** личность, межличностные отношения, интеллектуальная недостаточность, трудности в обучении, нарушения речи, нарушения слуха, ранний детский аутизм (РДА), детский церебральный паралич (ДЦП)

### **5.1. Личность детей с нарушениями психического развития (трудностями в обучении)**

Для детей с трудностями в обучении характерны (Е.Н. Васильева, 1994; Г.Я. Ефремова, 1997): 1) незрелость эмоций, воли, поведения; 2) отсутствие «эмоционально теплых» отношений со сверстниками, нарушение эмоциональных контактов с близкими взрослыми, слабая ориентация в нравственно-этических нормах поведения; 3) наивность, несамостоятельность, непосредственность, частые конфликты со сверстниками (дети не воспринимают и не выполняют требований учреждения образования); 4) поведение одних детей характеризуется импульсивностью, расторможенностью, повышенной двигательной активностью, других – медлительностью, вялостью).

По мнению В.В. Гладкой (2008) для **детей с трудностями в обучении школьного возраста** характерны: 1) *несформированность учебной мотивации*, преобладание игровых интересов, затруднения в организации собственной целенаправленной деятельности как результат недостаточного осознания себя учеником и непонимания мотивов учебной деятельности, преобладание игровых интересов; 2) *слабость познавательной активности*, отсутствие инициативности, что приводит к снижению интеллектуальной продуктивности; 3) *несформированность произвольности*; 4) *низкая самостоятельность* при организации деятельности; 5) *повышенная утомляемость*, ослабленная умственная работоспособность, низкий навык самоконтроля; 6) *задержка эмоционального развития* (эмоции носят поверхностный, неустойчивый характер, задерживается формирование высших чувств – нравственных (чувства долга, стыда и др.), интеллектуальных (удивления, любопытства, любознательности, чувства радости от сделанного открытия, чувства сомнения в правильности решения и др.). 7) *нарушение динамики психических познавательных процессов* (истощаемость, инертность, слабая переключаемость психических процессов); 8) *бедность представлений*, значительно меньше запас элементарных знаний и умений.

## 5.2. Особенности личности детей с интеллектуальной недостаточностью

Особенности личности детей с интеллектуальной недостаточностью представлены в трудах Б.И. Пинского, Л.В. Викуловой, С.Г. Байкенова, Р.Б. Стеркиной, Г.М. Дульнева, Ж.И. Шиф, М.И. Кузьмицкой, И.П. Ушаковой, Ж.И. Намазбаевой и др.

Ученые отмечают следующие особенности личности обозначенной категории детей:

– направленность личности как характеристика основных интересов, потребностей, склонностей, устремлений человека (трудность формирования культурных потребностей, нелюбознательность, недоразвитие познавательных интересов как следствие слабости ориентировочной деятельности, невыраженность и неравномерность побуждений к осуществлению новых видов деятельности, расторможенность влечений);

– особенности темперамента и характера (зависимость от типа нервной системы по силе, уравновешенности и подвижности нервных процессов, обусловленность характера воспитанием, условиями жизни, появление отрицательных черт характера как проявление компенсаторных явлений на болезненное состояние, необходимость создания специальных условий воспитания таких детей);

– выраженный дефицит познания окружающего мира (инертность нервных процессов, слабость замыкательной функции коры головного мозга как «ядерный», первичный признак умственной отсталости), формирование вторичных отклонений в развитии (высшие психические функции, в том числе и личность);

– особенности эмоционально-волевой сферы (эмоциональная незрелость, недостаточная дифференцированность и нестабильность чувств, значительная ограниченность диапазона переживаний, крайний характер проявления радости, огорчения; быстро возникающее явление «насыщения», неспособность к длительному удержанию цели действия, потребность в постоянной поддержке со стороны взрослого, безынициативность, несамостоятельность, слабость внутренних побуждений, внушаемость, низкая мотивация).

– особенности самооценки и уровня притязаний (самооценка как оценка самого себя, уровень притязаний как уровень трудности задач, к решению которых человек считает себя способным). Аффективная обусловленность завышенной самооценки и уровня притязаний в младшем школьном возрасте (симптом Де-Греефа). Формирование псевдокомпенсаторной завышенной самооценки в старших классах. Зависимость самооценки от оценочной ситуации и структуры дефекта (отсутствие реакции на внешнюю оценку у детей с более глубоким интеллектуальным недоразвитием; чем более выражен дефект, тем выше самооценка и уровень притязаний). Зависимость самооценки и уровня притязаний от вида деятельности и успехов в ней. Формирование адекватной самооценки в процессе коррекционного обучения.

**Эмоционально-волевая сфера личности** проявляется в том, что 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 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 дети с интеллектуальной недостаточностью предпочитают легкий путь, не требующий волевых усилий. В деятельности часто наблюдается подражание, импульсивные поступки, не-

умение подавлять непосредственные влечения. Отсутствует самостоятельность, целеустремленность, инициативность. Из-за непосильности требований у некоторых детей развивается негативизм, упрямство.

У детей не сформированы навыки учебной деятельности. Недоразвита целенаправленная деятельность, имеются трудности самостоятельного планирования собственной деятельности. Мотивация характеризуется неустойчивостью, скудостью, ситуативностью. 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 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 не критичностью к своим и чужим поступкам, неадекватной самооценкой и неадекватным уровнем притязаний.

### **5.3. Особенности личности детей с нарушениями речи**

*Раннее младенчество* (от 0 до 1 года): при нарушениях доречевого развития у ребенка наблюдается замедленный темп формирования всех психических функций, познавательной сферы.

*Позднее младенчество* (1–3 года): дети с речевой патологией характеризуются неуверенностью в себе, гипертрофированным чувством стыда. Ребенок ощущает свою непригодность, сомневается в своих возможностях. У таких детей имеется сильное желание скрыть от окружающих свой недостаток (особенно у детей с заиканием).

*Раннее детство* (3–5 лет): у детей с нарушениями речи отмечаются пассивность, низкая речевая активность, вялость, отсутствие инициативы, инфантильное чувство зависти к другим детям, подавленность и уклончивость, отсутствие признаков ролевого поведения.

*Среднее детство* (5–11 лет): у детей с речевой патологией возникает чувство тщетности прилагаемых усилий, собственной неполноценности. Слаборазвиты трудовые навыки. Наблюдается избегание сложных заданий, требующих речевой активности, заданий в условиях речевой инструкции, ситуаций соревнования с другими детьми.

*Отрочество* (11–20 лет): для подростков с речевой патологией характерны неустойчивость социальных ролей, смещение и смешение временных перспектив: появление мыслей не только о будущем и настоящем, но и о прошлом. Отмечается лабильность в моральных и мировоззренческих установках.

**Развитие личности и эмоционально-волевой сферы у детей с нарушениями речи.** Слабо развиваются такие индивидуально-психические свойства самоуправления, как самоконтроль, самоанализ, саморегуляция, вследствие нарушений словесно-логического мышления, невозможности замечать и исправлять собственные ошибки, неразвитости в общении и деятельности самосознания.

Многим детям с ОНР свойственна *пассивность, сензитивность, зависимость от окружающих, склонность к спонтанному поведению.*

В определении таких эмоционально-личностных свойств, как *концентричность – эксцентричность*, отмечается отчетливое доминирование как у школьников с нормальной речью, так и у учащихся с нарушенной речью, свойства *эксцентричности*, когда дети проявляют живой интерес к окружающему как источнику получения помощи, информации. При этом может *концентричности*, что свидетельствует об их сосредоточенности на собственных проблемах, склонности все переживания держать в себе, замкнутости.

Наблюдается более низкая *работоспособность*, которая у половины детей коррелирует с выраженностью стрессовых реакций и доминированием отрицательных эмоций. На 2-ом году обучения у детей повышается работоспособность, преобладает оптимальный уровень эмоционального реагирования, снижается склонность к стрессам. Улучшение эмоционального состояния детей с речевой патологией связано не только с адаптацией к школьному режиму и нормализацией взаимоотношений в коллективе сверстников, но и с развитием способности к саморегуляции вследствие правильно организованной коррекционно-педагогической работы.

В литературе неоднократно высказывалось мнение, что речевой дефект способствует формированию неадекватной *самооценки*: ощущению своей малоценности, робости, неуверенности в своих возможностях. Учащиеся с ТНР недостаточно критично оценивают свои возможности, чаще переоценивая их. В большинстве случаев объективная личностная характеристика не совпадает с самооценкой, многие из своих черт характера дети не отмечают и не оценивают. Чаще всего не фиксируется внимание на негативных чертах характера, а положительные качества несколько переоцениваются. В этом проявляется тенденция в самохарактеристике приближаться к идеальному образу.

У дошкольников с дизартрией преобладает *заниженная самооценка* что проявляется в большей *тревожности и неуверенности в себе*. Таким образом, *самооценки дошкольников с дизартрией более низкие и менее дифференцированы, чем у детей с нормальным речевым развитием.*

**Уровень притязаний** (О.Н. Усанова, О.А. Слинко, 1987) младших школьников с ТНР формируется как защитная реакция, стремление поддержать успех даже на заниженном уровне.

Осознание речевого дефекта, *степень фиксированности* на нем изучались, в основном, применительно к *заикающимся* детям (С.С. Ляпидевский, С.И. Павлова, В.И. Селиверстов, Л.А. Зайцева) и лицам с нарушениями голоса (О.С. Орлова, Л.Е. Гончарук). Исследователи выделяют *три варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту*: безразличное, умеренно-сдержанное, безнадежно-отчаянное – и *три варианта волевых усилий в борьбе с ним*: их отсутствие, наличие, перерастание их в навязчивые действия и состояния.

В.И. Селиверстов (1989) выделяет следующие *степени фиксированности детей на своем дефекте*: 1) *нулевая степень фиксированности на дефекте*. Дети не испытывают ущемления от сознания неполноценности своей речи, совсем не замечают ее недостатков. Охотно вступают в контакт со знакомыми и незнакомыми людьми. У них отсутствуют элементы стеснения или обидчивости; 2) *умеренная степень*. Дети испытывают неприятные переживания, скрывают дефект, компенсируя манеру речевого об-

щения с помощью уловок. Тем не менее, осознание детьми своего недостатка не выливается в постоянное, тягостное чувство собственной неполноценности, каждый поступок оценивается через призму своего дефекта; 3) *выраженная степень*. Дети постоянно фиксированы на своем речевом недостатке, глубоко переживают его, всю свою деятельность ставят в зависимости от своих речевых неудач. Для них характерен уход в болезнь, самоуничужение, болезненная мнительность, навязчивые мысли и выраженный страх перед речью.

*Дефект речи и переживания по его поводу находятся в сложных взаимоотношениях.* В.С. Кочергиной (1958) трактует взаимоотношения личности и речевого дефекта с психофизиологических позиций. Заикающиеся дети разделены на группы в соответствии с особенностями их личностей, соотнеся эти особенности с речевым нарушением по времени их возникновения. Так, к *первой группе* были отнесены дети, у которых неуравновешенное поведение (*повышенная возбудимость или тормозимость*) возникло из-за *развившегося заикания*. До заикания дети этой группы были практически здоровыми и уравновешенными. У *второй группы* детей *неуравновешенное поведение* отмечалось с *раннего детства и было особенностью их личности*. Развитие заикания обычно сопровождалось усилением присущей им неуравновешенности и появлением черт общей детской нервности. *Третью группу* составили дети, у которых *повышенная возбудимость (или тормозимость)* была выражена наиболее значительно и наблюдалась также с раннего детства. В анамнезе этих детей имелись указания на соматические расстройства: неблагоприятные условия внутриутробного развития, родовая травма, постнатальная травма головы, инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания, эндокринные расстройства, дистрофия. В *четвертую группу* включены дети, у которых задолго до развития заикания наблюдались *признаки тяжелого невроза* – склонность к истерическим реакциям, к навязчивым страхам, представлениям и действиям.

Изучение *доминирования* тех или иных *особенностей личности у заикающихся подростков* (М.И. Буянов, 1989) позволило условно выделить 5 групп подростков. Так, в *первую группу* вошли подростки, в характере которых имелись отдельные психопатические свойства. Это были дети с *тормозимыми* (астеническими, тревожно-мнительными) *чертами характера*. Ко *второй группе* отнесены подростки с остаточными явлениями раннего органического поражения ЦНС. Среди личностных особенностей у них выделяется психоорганический синдром, зачастую с психопатоподобными проявлениями, кроме этого, отмечались церебрастенический, гипердинамический и неврозоподобный синдромы. В *третью группу* были включены подростки, у которых имело место неврозоподобное заикание в рамках шизофрении и в редких случаях – эпилепсии, при которых имеются соответствующие искажения личности. *Четвертая группа* состояла из подростков, в личностных особенностях которых были черты психического инфантилизма (дисгармонический и гармонический инфантилизм, гипогениализм). При *гармоническом* инфантилизме незрелость эмоционально-волевой сферы проявлялась в легкомыслии, беззаботности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости, необязательности, неспособности довести до конца начатое дело. Это были *слабовольные*, требовавшие постоянного контроля подростки. Подобные черты были типичны и для детей с *дисгармоническим* инфантилизмом, кроме того, у них отмечались *повышенная возбудимость, неустойчивость, неумная жажда признания*. При *гипогениализме* наблюдалась крайняя наивность, простодушие, болтливость, неспособность к активным действиям. К *пятой группе* отнесены подростки, у которых не было заметных дефектов личности, хотя некоторые имелись признаки акцентуации преимущественно тормозимого типа. Таким образом, личностные особенности заикающихся подростков располагаются в широком диапазоне от обычных и акцентуированных черт до грубых психопатологических нарушений.

*Нарушения личности у взрослых с нарушениями речи при афазии*, сопровождается нарушением возможности общения с окружающими, неспособностью выразить свое состояние, передать и принять информацию, вызывает острую личностную реакцию на болезнь в инициальном ее периоде.

**Типы личности при речевых нарушениях.** Личностные свойства человека с нарушением речи зависят от особенностей его характера, его отношения к своему дефекту. Выделяют несколько типов формирования личности.

*Социально ориентированный (конформный).* Данный тип демонстрирует конъюнктурное подчинение любым авторитетам в группе. Склонны к морализаторству и консерватизму, главное жизненное кредо «быть как все».

*Доминирующий.* Характеризуются стремлением к лидерству, жадной похвалы, демонстрируют высокую приспособляемость, обнаруживают склонность к интригам. Имеют высокие притязания к себе и другим, провоцируют конфликты, при этом активно защищаются.

*Чувствительный.* Повышенная чувствительность ко всему: к тому, что радует, огорчает, пугает. Робкие и застенчивые при посторонних, не любят больших компаний, азартных игр. Отличаются послушанием, обнаруживают большую привязанность к родителям. В юности усиливаются трудности адаптации в связи с осознанием своей отличности от других, возникает комплекс неполноценности. Обнаруживаются высокие моральные требования к себе и окружающим. Часто выбирают сложные виды деятельности.

*Тревожный.* Свойственна низкая контактность, робость, неуверенность в себе, минорное настроение, усугубляющееся нарушением речи. Редко вступают в конфликты, играют в основном пассивную роль, в сложных ситуациях ищут поддержки и опоры.

*Интровертируемый.* Характеризуются низкой контактностью, замкнутостью, оторванностью от реальности, любят одиночество, избегают конфликтов с окружающими, протестуют только при попытках вмешательства в их личную жизнь. Часто представляют собой эмоционально холодных идеалистов, слабо привязанных к людям. Имеют на все свою точку зрения, которую, вследствие неуверенности в своих силах, не отстаивают в спорах.

*Гармоничный.* Этот тип у людей с речевыми нарушениями встречается редко. Дети, развивающиеся гармонично, адекватно реагируют на свой речевой дефект. Активны в деятельности, стремятся к общению. При хороших способностях обнаруживают недостаточную дисциплинированность. Иногда переоценивают свои способности, бывают слишком самоуверенны, переживают свои ошибки, но стремятся их исправить.

#### **5.4. Личность детей с ДЦП**

Развитие личности у детей с ДЦП в большинстве случаев проходит весьма своеобразно, хотя и по тем же законам, что и развитие личности нормально развивающихся детей. Специфика развития личности детей с ДЦП определяется как биологическими факторами, так и факторами социальными. Развитие ребенка в условиях болезни, а также неблагоприятные социальные условия негативно сказываются на формировании всех сторон личности ребенка, страдающего ДЦП.

При ДЦП характерны расстройства *личностного развития*. Нарушения формирования личности связаны с действием многих факторов – биологических, психологических, социальных. Помимо реакции на осознание собственной неполноценности имеют место социальная депривация и неправильное воспитание. Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию ребенка, на его отношение к окружающему миру, следствием чего становится искажение ведущей деятельности и обще-

ния с окружающими. У детей с ДЦП выявляются пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и общением, стремление к ограничению социальных контактов. Причинами этого чаще всего становятся неправильное, изнеживающее воспитание больного ребенка и его собственная реакция на физический дефект.

Достаточное интеллектуальное развитие у больных с ДЦП часто сопровождается отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Отмечается сильная привязанность к родителям или людям их заменяющим. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. У детей легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

При сниженном интеллекте особенности развития личности характеризуются низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражено чувство неполноценности, но отмечаются безразличие, слабость волевых усилий и мотивации. По данным Э.С. Калижнюк, выявляется некоторая корреляция между характером неврологических расстройств (формой ДЦП) и эмоциональными и характерологическими особенностями больных: дети со спастической диплегией склонны к страхам, робки, пассивны, с трудом устанавливают контакт с окружающими, глубоко переживают свой физический дефект; дети с гиперкинетической формой более активны, эмоциональны, общительны, чаще недостаточно критичны к своему заболеванию, переоценивают собственные возможности.

По мнению Е.М. Мастюковой, ДЦП характеризуют осложненные формы психического инфантилизма: невротический (невропатический), церебрастенический и органический.

*Невротический вариант* характеризуется повышенной возбудимостью и значительной неустойчивостью вегетативной нервной системы, в поведении отмечаются черты несамостоятельности, повышенной внушаемости, тормозимости, пугливости, неуверенности в своих силах или пассивного протеста (в зависимости от привязанности к семье). *Церебрастенический вариант* психического инфантилизма: проявление волевой незрелости сочетается с повышенной эмоциональной возбудимостью, с нарушением внимания, низкой работоспособностью. Появление органического инфантилизма чаще наблюдается при атонически-астатической форме ДЦП. При этом грубо нарушена целенаправленная деятельность и снижен уровень критического анализа своих действий и поступков.

Другой психиатрический аспект ДЦП – последствия поражения подкорковых структур головного мозга (гипоталамуса, эмоциональных центров диэнцефальной области), которые проявляются как энцефалопатические синдромы нервно-психических нарушений. Резидуально-органические нервно-психические расстройства являются первичными, т.к. возникают в онтогенетический период неразвитости психической деятельности человека и подчиняются общим закономерностям клинического течения в динамике возрастного развития. Синдромы резидуально-органической патологии могут развиваться в процессе так называемого «дефицитарного типа патологического формирования личности».

### **5.5. Личность детей с нарушениями слуха**

Для детей с нарушениями слуха характерны плохая координация движений, неустойчивость походки, затруднения в пространственной ориентации, замедленный



темп деятельности, что обусловлено биологическими причинами дефекта слухового анализатора и формируют свойства ригидного темперамента.

Недостаточность образования навыков широкого общения привносит в структуру личности, в манеру поведения неадекватность оценок, негибкость регулирования межличностных отношений, их чрезмерно аффективную окраску. Только к 13-15 годам неслышащие начинают правильно дифференцировать разнообразие эмоций и чувств человека. Для них не характерна эмоциональная избирательная привязанность к сверстникам – только по механической привычке, когда долгое время приходится проводить вместе. Детям с нарушениями слуха нравятся аккуратные, хорошо говорящие, умные, красивые и отзывчивые дети. Однако инициативу в общении они затрудняются проявлять. Уже к подростковому возрасту к ним приходит осознание своего дефекта, который в юношеском возрасте они стремятся компенсировать упорной работой над речью, самостоятельным чтением. Но переживание дефекта только обостряется в среде лиц с нормальным слухом.

Неразвитость воображения, подражательность действий приводят к развитию свойств педантичного характера и в основном репродуктивных, а не творческих качеств интеллекта.

Мотивация детей с нарушениями слуха вследствие трудностей развития оперативного мышления, его низкой эффективности в целом ориентирована в значительно большей степени не на предмет учебной и трудовой деятельности и ее процесс, а на конечный результат (сделать быстрее, приблизительно, формально, минуя необходимые этапы, не замечая ошибок), а также на похвалу и награду.

Самооценка детей младшего школьного возраста с нарушениями слуха, как и слышащих сверстников, неустойчива, ситуативна, зависит от оценки взрослых. Их интересы направлены к игровой, в том числе спортивной, деятельности, школьные предметы равноценны. Подростки скорее переоценивают свои возможности, интерес сосредотачивается на кино, танцах, искусстве. И только в юношеском возрасте появляется самокритичность, развивается интерес к наукам и литературе.

На развитие эмоциональной сферы детей с нарушениями слуха влияют определенные неблагоприятные факторы. Нарушение словесного общения частично изолирует глухого от окружающих его говорящих людей, что создает трудности в усвоении социального опыта. Неслышащим детям недоступно восприятие выразительной стороны устной речи и музыки. Отставание в развитии речи отрицательно сказывается на осознании своих и чужих эмоциональных состояний и обуславливает упрощенность межличностных отношений. Более позднее приобщение к художественной литературе обедняет мир эмоциональных переживаний ребенка с нарушениями слуха, приводит к трудностям формирования сопереживания другим людям и героям художественных произведений. К факторам, благоприятно влияющим на эмоциональное развитие детей с нарушениями слуха, можно отнести их внимание к выразительной стороне эмоций, способность к овладению разными видами деятельности, использование мимики, выразительных движений и жестов в процессе общения.

### ***5.6. Личность детей с нарушениями зрения***

В специальной психологии отмечается, что нарушение социальных контактов приводит к ряду отклонений в формировании личности у детей с нарушениями зрения и может вызвать появление негативных характерологических особенностей.

К таким особенностям относятся некоторые изменения в динамике потребностей (например, недоразвитие перцептивных потребностей), связанных с затруднениями их удовлетворения; сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чув-

ственного отражения; редуцированность способностей к видам деятельности, требующим визуального контроля; отсутствие или резкая ограниченность внешнего проявления внутренних состояний.

Кроме того, дефект способствует, особенно в сфере семейного воспитания, возникновению условий, неблагоприятно влияющих на формирование различных черт характера. К таким условиям относятся как чрезмерная опека со стороны окружающих, так и отсутствие внимания, заброшенность ребенка.

У детей с нарушениями зрения формируются отрицательные моральные (эгоцентричность, эгоизм, отсутствие чувства долга и товарищества), волевые (отсутствие самостоятельности, нерешительность, внушаемость, упрямство, негативизм), эмоциональные (равнодушие к окружающим, душевная черствость) и интеллектуальные (отсутствие любознательности, чувства нового) черты характера. Сравнительно ограниченные контакты детей с нарушениями зрения с окружающими влекут за собой замкнутость, некоммуникабельность, стремление уйти в свой внутренний мир.

Краткое перечисление особенностей личности детей с нарушениями зрения показывает, что ее устойчивые свойства (направленность, способности, темперамент и характер) лишь косвенно связаны с дефектами зрения. В одних случаях эта связь обусловлена недостатками в области чувственного познания и неудачным опытом познавательной и ориентировочной деятельности (например, боязнь нового), в других – неблагоприятными условиями воспитания, выпадением из коллектива, ограничением деятельности, отрицательными результатами попыток налаживания контактов со зрячими. Еще менее выраженной оказывается связь между формированием отдельных структурных компонентов личности и глубиной и временем возникновения первичного дефекта.

Известно, что нарушения ведущих функций зрения (остроты и поля зрения) вносят существенные изменения в жизнь человека, затрудняя его взаимодействие с окружающим миром, снижая его активность. Наиболее ярко снижение активности проявляется в дошкольном и дошкольном возрасте. Снижение активности познавательной деятельности у детей с дефектами зрения обусловлено, прежде всего, двумя взаимосвязанными причинами: с одной стороны, недоразвитием перцептивных потребностей и познавательных интересов, а с другой — недоразвитием навыков осязательного и визуального обследования. При этом уровень активности отражения оказывается зависимым от степени тяжести дефекта и времени его появления.

Еще одним фактором, снижающим активность детей с нарушениями зрения, являются отрицательные эмоциональные состояния (депрессивные настроения, стрессы), а также фрустрации (состояние психического напряжения), обусловленные часто встречающейся неадекватной самооценкой и трудностями адаптации. В ряде случаев инвалиды по зрению оказываются не в состоянии преодолеть возникающие перед ними препятствия. Многократное повторение фрустрации ведет к снижению активности, безынициативности, отказу от деятельности.

### 5.7. Личность детей с РДА

По критериям, принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), при аутистическом расстройстве личности *отмечаются*:

- 1) качественные нарушения в сфере социального взаимодействия;
- 2) качественные нарушения способности к общению;
- 3) ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности.

**Качественное нарушение социального взаимодействия:** дети не могут поставить себя на место другого человека, им трудно понять причины, мотивы (особенно

скрытые) поступков других людей, их чувства. Как правило, у них не развиваются спонтанно символическая и ролевая игры; им недоступно или искажено восприятие шуток, юмора.

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

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

Стереотипность проявляется и в игре: для таких детей очень типично однообразное, бессмысленное повторение одних и тех же действий (ребенок вертит бутылку из-под минеральной воды, перебирает между пальцами веревочку и т.п.), выкладывание горизонтальных рядов из чего угодно – кубиков, пуговиц, монет, вплоть до использования неигровых предметов. Игрушки если и употребляются, то чаще не по назначению (ребенок крутит колесико у перевернутой машины и не бессмысленно двигает ее туда-сюда, а не катает кукол и не возит кубики). Дети с аутизмом любят переливать воду, играть с сыпучими материалами, но, играя в песочнице, аутичный ребенок не станет строить песочный город или лепить из песка куличики, а будет просто пересыпать его.

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

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

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

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

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

### Тесты

#### 1. Индивидом человек становится:

- А. После рождения
- Б. После получения образования
- В. Достигнув определённого возраста
- Г. Заняв руководящую должность

#### 2. Верны ли следующие суждения о происхождении человека?

- 1. Человек является продуктом биологического развития
- 2. Человек является продуктом культуры
- А. Верно только 1
- Б. Верно только 2
- В. Верны оба суждения
- Г. Оба суждения не верны

#### 3. К каждому определению, данному под пунктами А, Б, В, подберите соответствующее понятие из пунктов 1, 2, 3.

- А. Человек, активно осваивающий и целенаправленно преобразующий природу, общество и самого человека
- Б. Отдельно взятый представитель всего человеческого рода
- В. Неповторимое своеобразие человека, набор его уникальных свойств
- 1. Индивид; 2. Индивидуальность; 3. Личность

#### 4. Человека, без сомнения изменяющего своё поведение в соответствии с групповым воздействием, называют:

- А. Конформистом
- Б. Нонконформистом
- В. Коллективистом
- Г. Самоопределяющейся личностью

#### 5. Выберите самое узкое по содержанию понятие

- А. Индивид

Б. Индивидуальность

В. Характер

**6. Тип формирования личности, для которого характерны робость, застенчивость, большая привязанность к родителям, комплекс неполноценности, повышенная чувствительность ко всему происходящему**

А. Социально-ориентированный

Б. Доминирующий

В. Чувствительный

Г. Тревожный

Д. Интровертируемый

**7. Возраст, который принято считать сензитивным в становлении характера**

А. 2–3 года

Б. 9–10 лет

В. 2–10 лет

Г. Нет верного ответа

**8. Какого из перечисленных вариантов «болезненной фиксации» на дефекте у заикающихся не бывает (по В.И. Селиверстову)?**

А. Нулевая;

Б. Нейтральная

В. Выраженная;

Г. Умеренная

**9. Для какой из степеней фиксированности на дефекте при заикании характерно: ребенок постоянно фиксирован на речевом недостатке, глубоко переживает его, всю свою деятельность ставит в зависимость от своих речевых неудач; характерен уход в болезнь, самоуничтожение, болезненная мнительность, навязчивые мысли, выраженная логофобия?**

А. Нулевая

Б. Выраженная

В. Умеренная

Г. Нейтральная

**10. Какого из перечисленных вариантов эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту не существует?**

А. Безразличное

Б. Умеренно-сдержанное

В. Предвосхищающее

Г. Безнадежно-отчаянное

**11. У детей с моторной алалией наблюдаются черты:**

А. Замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, раздражительность, обидчивость

Б. Общительность, уверенность в себе, веселость

В. Многоречивость, активность, уверенность в себе

Г. Нет правильного ответа

**12. Л.С. Цветкова выделяет два типа изменений личности при афазии. Что не подходит к указанным ниже?**

А. Устойчивый

Б. Тревожный

В. Динамический

Г. Нет правильного ответа

**13. Навязчивая боязнь насмешек окружающих в связи с каким-либо мнимым или действительно имеющимся у больного недостатком:**

А. Логоррея

Б. Скоптофобия

В. Логофобия

Г. Клаустрофобия

**14. Выделяют 2 основных вида тревожности. Что не подходит к указанным ниже?**

- А. Личностная
- Б. Ситуативная
- В. Бытовая
- Г. Нет верного ответа

**15. По мнению В.В. Гладкой для детей с трудностями в обучении школьного возраста характерны:**

А. Несформированность учебной мотивации, преобладание игровых интересов, затруднения в организации собственной целенаправленной деятельности, преобладание игровых интересов

Б. Слабость познавательной активности, отсутствие инициативности, несформированность произвольности

В. Низкая самостоятельность при организации деятельности

Г. Повышенная утомляемость, ослабленная умственная работоспособность, низкий навык самоконтроля, задержка эмоционального развития

Д. Нарушение динамики психических познавательных процессов

Е. Бедность представлений, значительно меньше запас элементарных знаний и умений.

Ж. Все ответы верны

**16. Вид невротических нарушений у детей с речевой патологией, возникающий как вторичное расстройство в возрасте от 7 до 10 лет:**

- А. Аффективный
- Б. Соматовегетативный
- В. Эмоционально-идеаторный
- Г. Психомоторный

**17. Сильное и относительно кратковременное эмоциональное состояние, при котором нарушается осознание и контроль за деятельностью:**

- А. Эмоция
- Б. Аффект
- В. Переживание;
- Г. Амнезия.

**18. Особый вид помощи ребенку, его родителям, педагогам в решении сложных проблем, связанных с выживанием, восстановительным лечением, специальным обучением и воспитанием, социализацией, со становлением подрастающего человека как личности:**

- А. Социализация
- Б. Ранняя комплексная помощь
- В. Патронаж
- Г. Адаптация

**19. Процесс усвоения и активного воспроизведения индивидом социального опыта, системы социальных связей и отношений – это:**

- А. Интеграция
- Б. Реабилитация
- В. Социализация
- Г. Адаптация

**20. Совокупность взаимосвязанных качеств личности, задаваемых по отношению к определенному кругу предметов и процессов и необходимых для качественной продуктивной деятельности по отношению к ним:**

- А. Компетентность
- Б. Компетенция
- В. Умения
- Г. Опыт

**21. Совокупность способностей, которые определяют способность человека управлять своими эмоциями и активностью:**

- А. Жизненная компетенция
- Б. Коммуникативная компетенция
- В. Социальная компетенция
- Г. Эмоционально-волевая компетенция

**22. Прочитайте приведенный ниже текст, в котором пропущен ряд слов. Выберите из предлагаемого ниже списка слова, которые необходимо вставить на место пробелов** (потребности, психика, личность, культура, общение, семья, контакты, группа, гуманизм). Помните, что слов в списке больше, чем вам потребуется для заполнения пробелов.

В последние десятилетия психологи сделали ряд замечательных открытий. Одно из них – о значении стиля общения с ребёнком для развития его (1). Теперь уже стало бесспорной истиной, что (2) также необходимо ребёнку. Как пища. Малыш, который получает полноценное питание и хороший медицинский уход, но лишён постоянных (3) со взрослым, плохо развивается не только психически, но и физически: он не растёт, худеет, теряет интерес к жизни.

Если продолжить сравнение с пищей, то можно сказать, что общение бывает не только здоровым, но и вредоносным. Плохая пища отравляет организм; неправильное общение «отравляет» (4) ребёнка, ставит под удар его эмоциональное благополучие, а впоследствии, конечно, и его судьбу.

Основные черты благоприятного стиля общения в семье определились в результате огромной работы психологов-гуманистов, теоретиков и практиков. (5) в воспитании основан, прежде всего, на понимании ребёнка, его нужд и (6), на знании закономерностей его роста и развития его личности.

*Мы научились летать в небе, как птицы.  
Мы научились плавать в океане, как рыбы.  
Теперь осталось научиться жить на земле, как люди.  
Б. Шоу*

## ТЕМА 6. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

### **План:**

- 6.1.** *Сущность, условия и критерии социализации. Социализация детей с ОПФР*  
**6.2.** *Семья как основной агент социализации и социальной адаптации детей с ОПФР. Психологическая помощь семьям, имеющим детей с ОПФР*

**Основные понятия:** социализация, семья, социальная адаптация, дети с ОПФР

### **6.1. Сущность, условия и критерии социализации. Социализация детей с ОПФР**

Понятие «социализации» вошло в психологию в середине XX в. **Социализация** – это процесс и результат усвоения и активного воспроизведения индивидом социального опыта (норм, умений, стереотипов, установок, принятых в обществе форм поведения и общения). В процессе социализации происходит формирование личности человека и его самосознания.

Социализация реализуется в общении и деятельности – в семье, дошкольных учреждениях, школе, трудовых и других коллективах. Этот процесс происходит как стихийно, так и в условиях целенаправленного воспитания личности.

Социализация связана с *тремя критериями*, по которым определяется психическое и личностное здоровье человека: 1) реакция на другого как на равного себе; 2) реакция на факт существования норм в отношениях между людьми, т.е. выделение этих норм и стремление следовать им; 3) характер переживания своей относительной зависимости от других людей.

А.В. Петровский в процессе социализации выделяет *три стадии развития личности* как субъекта и объекта общественных отношений: *адаптацию, индивидуализацию и интеграцию*. Так, на стадии *адаптации*, которая обычно совпадает с периодом детства, человек выступает как объект общественных отношений, на которого направлены усилия родителей, воспитателей, учителей и других людей, окружающих ребенка. На этой стадии происходит вхождение в мир людей: овладение знаковыми системами, элементарными нормами и правилами поведения, социальными ролями, усвоение простых форм деятельности.

На *стадии индивидуализации* происходит некоторое обособление индивида, вызванное потребностью персонализации. Стадия индивидуализации способствует проявлению индивидуальных особенностей.

*Интеграция* предполагает достижение определенного баланса между человеком и обществом. На этой стадии складываются социально-типические свойства личности, которые свидетельствуют о принадлежности данного человека к определенной социальной группе.

В процессе социального развития ребенка можно выделить как минимум два аспекта. *Во-первых*, процесс социального развития предполагает постепенную ориентировку ребенка в существующей в данный момент в обществе системе социальных ролей. Эта ориентировка становится возможной, прежде всего, благодаря расширению



социальных связей ребенка, а также в силу становления персональной системы личностных смыслов, за которыми стоит соответственно ориентировка в системе предметных деятельностей, задаваемой обществом. *Во-вторых*, формируются определенные структуры индивидуального самосознания, связанные с процессом социального самоопределения и становления социальной идентичности личности, предпосылкой которых является активное включение ребенка в различные социальные общности.

Социализация не завершается, когда человек становится взрослым. Она относится к процессам «с неопределенным концом», хотя и с определенной целью. Этот процесс продолжается непрерывно на протяжении всей жизни человека, из чего следует, что социализация не только никогда не заканчивается, но и никогда не бывает полной.

Главным критерием социализации личности выступает не степень ее приспособленчества, конформизма, а *уровень ее независимости, уверенности, самостоятельности, раскрепощенности, инициативности, незакомплексованности.*

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

По данным Института дефектологии АПН СССР (ныне Институт коррекционной педагогики РАО), при своевременной правильной коррекционной работе 60% детей с аутизмом могут учиться по программе массовой школы, 30% – по программе специальной школы того или иного из существующих типов и 10% – адаптируются в условиях семьи. В тех случаях, когда коррекция не проводится, у 75% социальная адаптация минимальна или вообще не достигается, 22–23 % – адаптируются относительно (нуждаются в постоянной опеке) и лишь 2–3% – приходят к удовлетворительному уровню социальной адаптации. Сходные данные приводят и западные специалисты.

Говорить о социальной нише, занимаемой людьми с аутизмом, сложно: из-за больших различий в уровне интеллектуального и речевого развития четких границ этого понятия для расстройств аутистического спектра установить невозможно. Известны случаи, когда люди с аутизмом профессионально и успешно занимались искусством, наукой, становились исполнительными работниками в самых обычных профессиях (но чаще всего не требующих постоянного общения с другими людьми): садовниками, дворниками, настройщиками музыкальных инструментов, почтальонами и т.д. Общим являлось то, что если ребенок, подросток или взрослый с аутизмом обучен чему-либо, то в силу своей стереотипности и в меру своих интеллектуальных возможностей он будет работать так, как его научили, и демонстрировать то отношение к работе, к которому он привык. Это нисколько не исключает творческого подхода к делу, но если его обучили работать хорошо, то работать плохо он уже не сможет, во всяком случае, это нелегко себе представить. Например, нелегко достичь того, чтобы ребенок с аутизмом стал учиться по программе общеобразовательной школы, но если это удалось, то с невыученными уроками он в школу не пойдет. Конечно, иногда уроки могут оказаться невыученными, но это может произойти по понятным объективным (болезнь, семейные проблемы и т.п.) или субъективным (большинство детей с аутизмом медлительны, и им просто может не хватить времени сделать уроки) причинам, но почти никогда не связано с ленью или разгильдяйством (потому что этому специально не учат, хотя близкие иногда дают образцы такого поведения и подобные образцы могут быть усвоены аутичным ребенком).

## 6.2. Семья как основной агент социализации и социальной адаптации детей с ОПФР. Психологическая помощь семьям, имеющим детей с ОПФР

**Семья** – основанная на браке или кровном родстве малая группа, члены которой связаны общностью быта, взаимной помощью и моральной ответственностью...» (Советский энциклопедический словарь, 1985).

«**Семья** – ячейка (малая социальная группа) общества, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях, отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сестрами и другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство» (Н.Я. Соловьев).

Жизнедеятельность семьи, непосредственно связанная с удовлетворением определенных потребностей ее членов, называется функцией семьи. Выделяют следующие **функции семьи**: 1) *воспитательная* – удовлетворение индивидуальных потребностей в отцовстве и материнстве, в контактах с детьми и их воспитании; 2) *хозяйственно-бытовая* – удовлетворение материальных потребностей членов семьи, содействует сохранению их здоровья; 3) *эмоциональная* – удовлетворение ее членами потребностей в симпатии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите, активно содействует сохранению психического здоровья семьи; 4) *духовного (культурного) общения* – удовлетворение потребностей в совместном досуге, взаимном духовном обогащении, играет значительную роль в духовном развитии членов общества; 5) *первичного социального контроля* – обеспечение выполнения социальных норм, особенно теми, кто в силу обстоятельств (возраст, болезнь) не обладает способностью самостоятельно строить свое поведение в соответствии с социальными нормами; 6) *сексуально-эротическая* – удовлетворение сексуально-эротических потребностей членов семьи. С точки зрения общества семья обеспечивает биологическое воспроизводство общества.

**Нарушения функций семьи** – особенности ее жизнедеятельности, которые затрудняют или препятствуют выполнению семьей ее функций.

Воспитательный потенциал семьи, взаимоотношения детей с родителями существенным образом влияют на их будущее. Зарубежными и отечественными авторами неоднократно указывалось на необходимость изучения семей, имеющих детей с теми или иными нарушениями развития. Существует целый ряд специальных исследований, посвященных проблемам *психологического функционирования* таких семей. Так, рождение ребенка с патологией приводит к трансформации всех семейных отношений. Американский специалист в области семейной терапии Дж. Фрамо высказал мысль: «*В любой семье, где есть ребенок с теми или иными нарушениями, имеет место искаженный брак*». При этом роль родителей вынужденно ограничивается непосредственным уходом за ребенком и практически не выходит за рамки потребностей текущего периода.

Рождение желанного ребенка ожидает практически каждая семья, но в рождение больного ребенка не хочет верить никто, даже если имеются предупреждения специалистов. При этом на *психологическом уровне* осознание факта рождения ребенка с нарушением делится на **фазы**.

**Первая** – состояние растерянности, страха. Родители испытывают чувство неполноценности, беспомощности, тревоги за судьбу больного ребенка. В это время закладываются предпосылки для установления социально-эмоциональной связи между родителями и ребенком. **Во второй фазе** состояние шока трансформируется в негативизм и отрицание поставленного диагноза. Крайняя форма – отказ от обследования ребенка и проведения какой-либо коррекции. **Третья** – состояние депрессии по мере принятия диагноза и правильной оценки ситуации. **Четвертая** – психическая адаптация на основе полного принятия диагноза и правильной оценки ситуации. Лишь небольшая часть семей достигает четвертой, относительно благополучной фазы, и стрессовая си-

туация сопровождает семью ребенка с отклонениями в течение всей жизни. Особенно тревожными являются периоды возрастных кризов, моменты прохождения семьей критических точек своего социального развития: поступление ребенка в детский сад или школу, переходный возраст, наступление совершеннолетия и др.

Длительность периода обретения новых жизненных ценностей по мере осознания и принятия факта отклонений в состоянии ребенка зависит от личностных особенностей родителей, их способности принять или не принять ребенка, а также от характера расстройств и аномалии развития.

Изменения на социальном уровне проявляются в том, что семьи, имеющие аномального ребенка, часто по этой причине распадаются (по данным В.В. Ткачевой – около 30%, по другим данным – еще чаще). *Мать любит ребенка просто за то, что он существует, отца же больше заботит, каким вырастет ребенок.* И если перспективы не утешительны, а жена поглощена горем и уходом за ребенком, будущее начинает видеться отцу беспросветным, и он покидает семью.

Другие изменения на социальном уровне связаны с необходимостью для одного из родителей оставить работу или перейти на другую, удобную для заботы о ребенке, что отражается на бюджете семьи, нарушает социальные связи. При этом больной ребенок вынуждает семью ограничить контакты, изолироваться от друзей и знакомых.

Деформируются *межличностные отношения* не только между родителями, но и между ними и имеющимися в семье здоровыми детьми, которые начинают получать меньше внимания и больше обязанностей, связанных с уходом за больным братом или сестрой. Установлено, что отношение к больному ребенку его здоровых братьев и сестер неоднозначно. Их приспособление зависит от факторов: пола, возраста, социально-экономического и образовательного уровня родителей и др.

На соматическом уровне изменения в семьях с больным ребенком обуславливаются тем, что стресс, связанный с его рождением и воспитанием, часто превышает уровень переносимых нагрузок и приводит к появлению различных соматических, астенических и вегетативных расстройств.

Таким образом, практически все члены семьи, имеющей аномального ребенка, испытывают в большей или меньшей степени психологические и социальные проблемы, нуждаются в специальной помощи.

Согласно исследованиям В.М. Сорокина, устойчивым компонентом длительных эмоциональных переживаний родителей является *экзистенциальный кризис*, проявляющийся в остром чувстве самонереализованности. Его исходным пунктом является ощущение неполноты чувства материнства (отцовства). При нормальном развитии первоначальная симбиотическая связь ребенка и матери постепенно сменяется все усиливающейся автономией, самостоятельностью ребенка. В процессе воспитания ребенка-инвалида эта связь не ослабевает со временем, а в ряде случаев даже усиливается.

В семьях, где есть ребенок с нарушенным развитием, вырабатываются две стратегии поведения – контроль или протекция.

*Стратегия контроля.* Члены семьи берут на себя функцию контроля над поведением больного. Роль контролера как бы придает особый смысл их жизни. Постепенно поведение больного начинает контролироваться и осуждаться в случае несовпадения со схемой, существующей в сознании контролера. Такой контроль характеризуется подозрительностью, вызывает взаимный негативизм.

*Стратегии протекции.* Больного защищают от возможных последствий его поведения, не дают ему возможности активно общаться с окружающими, чтобы не подорвать авторитет семьи, ограждают от всех забот и хлопот.

Важное значение для воспитания ребенка с нарушением развития имеет отношение родителей к его дефекту. Так, *переоценка нарушения* приводит к излишней опе-

ке и искусственной изоляции от общества, к тому же охранительное воспитание способствует развитию эгоизма с преобладанием пассивной потребительской ориентации. В дальнейшем ребенок с трудом адаптируется в коллективе как здоровых, так и больных. Иногда родители, щадя ребенка и безмерно хваля его мнимые успехи, пытаются частыми словесными поощрениями компенсировать его инвалидность. Это формирует неадекватно высокий уровень притязаний, в дальнейшем отмечается стремление к игнорированию имеющегося дефекта. *Недооценка нарушения*, игнорирование дефекта в детском или юношеском возрасте могут привести к глубокой психической травме, особенно при выборе профессии и осознании ограниченности собственного выбора.

Все семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, характеризуются следующими **признаками** (по Л.М. Шипицыной): 1) родители испытывают нервно-психическую и физическую перегрузку, тревогу за перспективы ребенка; 2) поведение ребенка в той или иной степени не отвечает ожиданиям родителей, вызывая у них раздражение, горечь, неудовлетворение; 3) внутрисемейные, в том числе супружеские, отношения нарушаются и искажаются; 4) социальный статус семьи снижается; 5) в семье возникает психологический конфликт как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению ребенка.

Проведенные исследования (М.П. Дерюгина, А.Р. Маллер, Л.М. Шипицына и др.) позволяют определить **ключевые черты**, которыми должны обладать родители, воспитывающие ребенка-инвалида: 1) *вера* – родители должны иметь веру в жизнь, внутреннее спокойствие, чтобы не заражать своей тревогой детей; 2) *успешность* – родители должны строить свои отношения к ребенку на успешности, что определяется родительской верой в его силы и возможности; 3) *похвала* – родители должны четко знать, что ребенок не может вырасти без похвалы; 4) *самостоятельность* – родители должны развивать самостоятельность своего ребенка и для его же блага по возможности сокращать постепенно помощь ему до минимума.

В данном контексте целесообразно процитировать выделенные А.С. Спиваковской три наиболее важных **свойства родительской позиции**, особенно благоприятной для развития ребенка: 1) *адекватность* – наиболее близкая к объективной оценка психических и характерологических особенностей своего ребенка и построение воспитания на этой основе; 2) *динамичность* – способность изменять методы и формы общения и воздействия на ребенка применительно к ситуации и условиям жизни семьи; 3) *прогностичность* – направленность воспитательных усилий в будущее, к тем требованиям, которые поставит перед ребенком его дальнейшая жизнь.

Есть четкая связь между восприятием семьей больного ребенка и возможностью ее адаптации. В отношении родителей к такому ребенку можно выделить (по В.С. Соммерсу) несколько схем поведения (таблица 4). Однако, В.С. Соммерс предупреждает, что нельзя резко разграничивать названные **типы реакций родителей**, они бывают и смешанными.

**Таблица 4 – Отношение родителей к ребенку с отклонением в развитии**

Отношение	Реакция на дефект	Схема поведения
<b>Принятие ребенка и его дефекта</b>	Родитель принимает дефект своего ребенка, объективно его воспринимает, адекватно оценивает и проявляет настоящую преданность ребенку	Родители не испытывают чувства вины или неприязни к ребенку. Главным девизом считается: «Необходимо достигнуть как можно большего там, где это возможно». В большинстве случаев вера в собственные силы и способности ребенка дает родителям душевную силу и поддержку

Окончание табл. 4

<b>Реакция отрицания</b>	Отрицается, что у ребенка имеется дефект, что ребенок аномальный, что его дефект оказывает эмоциональное воздействие на них	Планы относительно образования и профессии ребенка свидетельствуют о том, что никакие ограничения не принимаются и не признаются. Ребенка воспитывают в духе честолюбия, родители настаивают на высокой успешности его деятельности
<b>Реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки</b>	Родителей переполняет чувство жалости и сочувствия, они защищают ребенка от всех опасностей	Мать проявляет чрезмерную любовь, родители стараются всё сделать для ребенка и за него, поэтому он может долго, а иногда всю жизнь находиться на инфантильном уровне. У него формируются пассивность, несамостоятельность, психическая и социальная незрелость
<b>Скрытое отрицание, отвержение ребенка</b>	Дефект считается позором	Отрицательное отношение и отвращение к ребенку скрываются за чрезмерно заботливым, предупредительным, внимательным воспитанием. Родители педантично стараются быть хорошей матерью и отцом
<b>Открытое отрицание, отвержение ребенка</b>	Ребенок открыто принимается с отвращением, и родитель полностью осознает свои враждебные чувства к нему	Для обоснования враждебных чувств и преодоления чувства вины за них родитель использует психологическую защиту. Общество, врач или учителя оказываются виноватыми во всех бедах. Родитель чужой виной обосновывает свою враждебность и испытывает от этого облегчение

Крайним вариантом нарушения взаимоотношений родителей с детьми является *материнская депривация* – состояние, характеризующееся тяжелым психологическим дискомфортом ребенка, возникает в условиях постоянного отсутствия матери или резкого неприятия с ее стороны. В исследованиях, посвященных влиянию семейной ситуации на формирование тенденций поведения и личностных черт у детей, отмечается огромная роль матери. У. Роджерс пишет, что при отсутствии матери или в ситуации, когда ребенок ее видел крайне редко, он ощущал эмоциональный дискомфорт, чаще плакал, был упрям, агрессивен. Основным условием психического здоровья являются теплые отношения ребенка с матерью в раннем возрасте, обоюдная радость и удовлетворение от этих отношений.

У ребенка, пережившего материнскую депривацию, в последующем могут развиваться: 1) поверхностные, неглубокие отношения с людьми; 2) отсутствие теплых чувств, неспособность заботиться о людях; 3) замкнутость, нежелание общаться с людьми; 4) бедность эмоций, эмоциональная невключенность; 5) лживость, стремление к обману; 6) склонность к воровству; 7) неспособность сконцентрироваться на учебной деятельности.

Рассматривая все жизненные фазы семьи, имеющей ребенка с недостатками в развитии, F. Ferber пришел к выводу, что основной груз забот по уходу за ребенком-инвалидом лежит преимущественно на матери. Было проведено клиническое исследование психического состояния матерей, имеющих аномальных детей. Так выделились *две группы. Матери первой группы* отличались подвижностью, активностью. Известие о болезни или отклонениях в развитии ребенка у них вызывало выраженные депрессивные реакции длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев. У некоторых матерей этому предшествовал психогенный ступор, сменявшийся бурными рыданиями, отчаянием, тоскливым настроением и т.д. Вину за случившееся они брали на себя. Иногда это сопровождалось суицидальными мыслями. У женщин нарушался сон, усиливалась депрессия. По прошествии определенного времени у матерей

формировалось стойкое субдепрессивное настроение, часто прерывавшееся слезами и тревожными опасениями за настоящее и будущее ребенка. Наряду с депрессией у таких матерей отмечались астенические явления: головные боли, тяжесть и боли в груди, колебание артериального давления. С годами женщины становились более замкнутыми, теряли интерес к окружающему, суживался круг прежних привязанностей. Они становились как будто спокойнее, но и безразличнее.

*Вторую группу* составляли женщины, для которых были характерны меньшая активность, стремление к уединению, небольшой круг знакомых. В болезни или дефекте ребенка они обвиняли медицинский персонал. Сообщение о сущности нарушения у ребенка принимали достаточно спокойно. Причиной этого, вероятно, могли явиться неверные представления о нарушении в развитии ребенка. С течением времени матери осознавали положение, в котором оказались, и вместе с этим у них рождалась тенденция жить сегодняшним днем, не строить планы на будущее. У многих возникало депрессивное состояние: настроение заметно ухудшалось и появлялись приступы отчаяния. Периоды пониженного настроения удлинялись до нескольких суток, сопровождались наплывами тревожно-горестных мыслей.

Таким образом, у матерей обеих групп, несмотря на различие психических состояний, которые можно было наблюдать вначале, в итоге обнаруживалась стойко выраженная депрессия, сопровождавшаяся чувством горя, сострадания ребенку, необходимости самопожертвования ради него.

**Отцы** детей, имеющих нарушения в развитии, были редкими участниками исследований. Установлено, что большинство отцов реагируют на рождение аномального ребенка скорее психологическим отказом от него, и, прежде всего тогда, когда речь идет о сыне.

Большинство матерей, ухаживая за ребенком с первых дней его жизни, любят его таким, какой он есть, за то, что он существует. Отец, напротив, прежде всего, смотрит в будущее. Его больше интересует, каким вырастет его сын или дочь. При наличии тяжелого дефекта у ребенка достижение успеха невозможно. Это приводит отца к разочарованию, он не видит никаких перспектив, нередко уходит из семьи. Другие исследования показали, что отцы сильнее, чем матери, чувствуют свою ущербность перед общественностью из-за дефекта у их ребенка и испытывают опасения, что поведение ребенка сильно поразит окружающих.

Приведенные данные говорят о неадекватной и противоречивой позиции родителей по отношению к своим аномальным детям. Отмечается, что родители аномальных детей, с одной стороны, инвалидизируют ребенка, сопротивляются обретению им свободы и независимости, с другой – они желают более быстрого развития ребенка, преодоления социальных последствий дефекта. Родители болезненно воспринимают все неудачи ребенка в обучении и в общении с окружающими.

Комплекс *медико-психолого-педагогических мероприятий*, используемый в целях коррекционного воздействия на ребенка с ОПФР, должен включать следующие аспекты: 1) особый режим; 2) благоприятное отношение; 3) благоприятное окружение; 4) рациональное питание; 5) медикаментозное лечение; 6) психотерапию; 7) коррекционные занятия; 8) воспитательную работу.

*Формы работы педагога-психолога с родителями* делятся на три основные группы: 1) *индивидуальные*: беседы; консультации; практикумы; посещение занятий; ведение тетрадей для домашних заданий; 2) *групповые (коллективные)*: родительские собрания; вечера вопросов и ответов; заседания круглого стола; занятия-тренинги; совместные праздники и развлечения; дни открытых дверей; школы для родителей; родительские конференции; семейные (домашние) педсоветы; деловые игры, семинары-практикумы; кружки для родителей и детей и др.; 3) *наглядно-информационные*: вы-

ставки детских работ; фотовыставки; реклама книг, статей из газет, журналов; информационный банк; стенды; папки-передвижки; библиотеки; тематические выставки; санбюллетень; информационные корзины (шкатулка, ящики) – родительская почта; памятки; рекламные буклеты, листовки, плакаты, видеоролики; телефон доверия, копилка советов и др.

При выборе форм работы педагогу-психологу необходимо реализовывать индивидуальный подход к родителям и детям. На начальных этапах взаимодействия используются индивидуальные формы работы: демонстрация матери приемов работы с ребенком, конспектирование индивидуальных занятий, выполнение домашних заданий, чтение матерью специальной литературы, рекомендуемой учителем-дефектологом и педагогом-психологом. При составлении индивидуальных коррекционно-развивающих программ обучения для ребенка с ОПФР учитывается структура его дефекта, общее состояние здоровья, возраст, особенности личности.

Выделяют следующие этапы индивидуального консультирования родителей в условиях специальных учреждений. *На первом этапе* (диагностическом) устанавливаются доверительные отношения с родителями (при необходимости используется беседа, интервью, экспериментально-психологические методики). *Второй этап* проводится по итогам обследования ребенка. Педагог-психолог информирует родителей о состоянии психического развития ребенка, разъясняет меры помощи с учетом структуры дефекта, планирует последующие встречи с целью обсуждения динамики продвижения ребенка. *На третьем этапе* консультирования, который соотносится с собственно коррекционной работой, решаются следующие задачи: повышение уровня педагогической компетентности родителей через расширение круга знаний в области специальной педагогики и психологии, включение родителей в систему оказания коррекционной помощи. Наиболее эффективными формами взаимодействия педагога и родителей являются: совместные обсуждения с родителями хода и результатов коррекционной работы, выработка рекомендаций по преодолению негативных тенденций в развитии ребенка, проведение индивидуальных практикумов по обучению родителей. *Четвертый этап* консультирования носит рекомендательный характер. Позитивным результатом этого этапа становится изменение отношения родителей к ребенку в сторону принятия его особенностей.

### Тесты

#### 1. Выделяют следующие функции семьи:

- 1) воспитательная
- 2) хозяйственно-бытовая
- 3) эмоциональная
- 4) практическая
- 5) духовного (культурного) общения
- 6) первичного социального контроля
- 7) сексуально-эротическая

#### 2. Раннее выявление детей с ОПФР, по мнению В.Г. Петровой, должно проводиться в семьях с «повышенным» риском, к числу которых можно отнести семьи, где есть:

- 1) ребенок с нарушениями развития
- 2) члены семьи с нарушениями развития любого вида
- 3) дети, перенесшие внутриутробную гипоксию, родовую асфиксию, травму, нейроинфекцию и т.д.
- 4) матери, совмещающие трудовую деятельность с воспитанием ребенка

5) родители, которые подвергались радиационному облучению, жили в неблагоприятной экологической обстановке, работали в опасных для здоровья условиях химической промышленности

6) матери, во время беременности перенесшие острое инфекционное заболевание, тяжелый токсикоз, травму

7) матери-курильщицы

8) один из родителей – наркоман или страдает алкоголизмом

**3. Для семей, воспитывающих детей с интеллектуальной недостаточностью, характерно:**

1) родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка

2) личностные проявления и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей и вызывают у них раздражение, горечь, неудовлетворенность

3) семейные отношения нарушаются и искажаются

4) социальный статус семьи снижается

5) «особый психологический конфликт» возникает в семье как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка

**4. Проведенные исследования позволили определить ключевые понятия, которыми должны владеть родители, воспитывающие ребенка-инвалида:**

1) вера

2) успешность

3) похвала

4) наказание

5) самостоятельность

**5. Предложенная Е.Г. Дементьевой психокоррекционная модель работы с семьей ребенка с интеллектуальной недостаточностью представлена следующими формами:**

1) индивидуальное консультирование родителей

2) участие родителей в тематических собраниях, проводимых коррекционным педагогом совместно с другими специалистами системы образования

3) посещение индивидуальных занятий коррекционного педагога родителями

4) совместное проведение досугов (праздников, развлечений)

5) стенд для родителей

6) ведение дневника «События нашей жизни»

7) работа с родительской группой



*По существу между нормальными и ненормальными детьми нет разницы. Те и другие – люди, те и другие – дети, у тех и у других развитие идет по одним законам.*

*Разница заключается лишь в способе развития.  
Г.Я. Трошин*

## ТЕМА 7. КОМПЕНСАЦИЯ И АДАПТАЦИЯ В СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

### **План:**

- 7.1. Понятие о компенсации, декомпенсации, сверхкомпенсации, псевдокомпенсации
- 7.2. Компенсаторные процессы. Компенсация отклонений в развитии
- 7.3. Адаптационные процессы в специальной психологии

**Основные понятия:** компенсация, компенсаторные феномены, адаптационные процессы, декомпенсация, псевдокомпенсация, гиперкомпенсация, дети с ОПФР

### **7.1. Понятие о компенсации, декомпенсации, сверхкомпенсации, псевдокомпенсации**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## *7.2. Компенсаторные процессы. Компенсация отклонений в развитии*

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

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

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

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

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

Пятая, завершающая фаза связана с остановкой компенсаторного механизма и закреплением его результатов.

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

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

Первый – биологический, или телесный уровень: компенсаторные процессы протекают преимущественно автоматически и бессознательно.

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

Не случайно одно и то же нарушение у животных и человека может привести к различным последствиям. Так, глухота у животного в условиях дикой природы не совместима с жизнью.

Человек же при всех трудностях, возникающих в условиях глухоты, способен продолжать полноценную жизнедеятельность.

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

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

Обычно в процесс компенсации вовлекается весь организм, поскольку при нарушении функционирования какой-либо системы возникает ряд изменений в организме, которые связаны не только с пострадавшей системой (первичные нарушения), но и с влияниями ее повреждения на другие, связанные с ней функции (вторичные нарушения). Например, врожденное или рано возникшее поражение органа слуха приводит к потере или нарушению слухового восприятия (первичный дефект), что вызывает нарушение развития речи (вторичный дефект), которое, в свою очередь, может стать причиной недостатков развития мышления, памяти, других психических процессов (дефекты третьего порядка) и в конечном счете оказать определенное влияние на развитие лич-

ности в целом. Вместе с тем повреждение системы неизбежно вызывает спонтанную перестройку функций ряда других систем, обеспечивающую процесс адаптации организма в условиях возникшей недостаточности (автоматическую компенсацию), в которой важную роль играет оценка центральной нервной системой успешности приспособительных реакций (санкционирующая афферентация, по П.К. Анохину), осуществляемая на основе обратной аффертации.

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

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

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

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

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

мира. В процессе компенсации выделяют два этапа – срочной и долговременной компенсации.

*Компенсация функций при поражении коры головного мозга* – при этом нарушаются механизмы процессов умственного развития и обучения. Компенсаторные процессы при таких поражениях наиболее сложны. В их осуществлении важную роль играют многолинейность и многосторонность анатомических связей различных нервных центров и отделов нервной системы (благодаря чему при разрушении одного из путей его функция может выполняться другими нервными клетками) и пластичность нервных центров (под влиянием новой афферентной сигнализации после повреждения на периферии нервные клетки как бы переучиваются, в результате чего меняется эфферентная сигнализация и нервные центры могут выполнять новые, не свойственные им ранее функции).

### **7.3. Адаптационные процессы в специальной психологии**

Адаптация в психологии в широком смысле понимается как приспособление человека к окружающим условиям. Адаптация человека имеет два аспекта:

– биологический. Например, темновая адаптация, которая включает все направления приспособления организма к устойчивым и изменяющимся условиям среды (температуре, атмосферному давлению, влажности, освещенности и другим физическим условиям), а также к возникающим изменениям в организме (заболеванию, потере какого-либо органа или ограничению его функций). Так, при недостатках зрительного восприятия используются средства оптической коррекции (очки и другие приспособления), при недостатках слуха – индивидуальные слуховые аппараты и т.д.

– психологический – приспособление человека как личности к существованию в обществе (в микро- и макросоциальной среде) в соответствии с требованиями этого общества и собственными потребностями, мотивами и интересами. Психологическая адаптация происходит путем усвоения норм, правил и ценностей общества, в котором он живет (как в широком смысле, так и в более узком, включая образовательное учреждение, где учится ребенок, класс, семью). Основными проявлениями психологической адаптации человека следует считать взаимодействие с окружающими людьми (в том числе общение с ними) и активную деятельность. Основными средствами психологической адаптации являются воспитание, образование, а также трудовая и профессиональная подготовка. Постоянно происходят адаптационные процессы в органах чувств: изменения освещенности, появление интенсивных звуков и т.д. вызывают в качестве приспособительных реакций повышение или снижение чувствительности анализаторов.

Своеобразие адаптационных процессов при нарушениях развития характеризуется как недостатками определенных функциональных систем, вызванными органическими повреждениями анализаторов или центральной нервной системы, так и проявлениями некоторых общих закономерностей нарушенного психического развития.

Своеобразие наблюдается и в процессе адаптации органов чувств, функции которых частично нарушены. Например, при слабовидении, вызванном некоторыми дефектами зрительного анализатора, процесс темновой адаптации замедлен, а при других формах, напротив, ускорен (В.И. Лубовский, 1964), при снижении слуха вследствие повреждения клеток кортиева органа наблюдается феномен неравномерного нарастания громкости (рекрутмент), в результате чего звук, не достигающий болевого порога нормально слышащих, вызывает резкие болевые ощущения.

Уменьшение трудностей адаптации и максимально возможное приближение психического развития аномальных детей к нормальному (так называемая нормализация) достигаются путем коррекции и компенсации недостатков развития.

### Тесты

**1. Система мероприятий, направленных на восстановление полноценного общественного бытия личности, называется:**

- А. Компенсация                      Б. Абилизация  
В. Реабилитация                  Г. Адаптация

**2. Исправление тех или иных недостатков развития называется:**

- А. Коррекция                      Б. Компенсация  
В. Абилизация                      Г. Реабилитация

**3. Система мероприятий, направленных на формирование эффективных способов социальной адаптации в возможных для данного индивида пределах, называется:**

- А. Коррекция                      Б. Компенсация  
В. Абилизация                      Г. Реабилитация

**4. Вставьте пропущенные слова в высказывание Л.С. Выготского:**

Коррекция наиболее успешно осуществляется по отношению к \_\_\_\_\_ недостаткам развития, \_\_\_\_\_ же недостатки лишь в небольшой мере могут быть уменьшены с помощью коррекционных воздействий.

**5. Сложная ответная реакция индивида на факт внутренних нарушений, препятствующая возможной утрате целостности и потере равновесия с окружающей средой, называется:**

- А. Коррекция                      Б. Компенсация  
В. Декомпенсация                  Г. Псевдокомпенсация

*На вопрос: можно ли прибегать к образованию глухих, слепых и отсталых, которым из-за физического недостатка невозможно в достаточной мере при-  
вить знания, – отвечаю: из человеческого образования нельзя исключить никого, кроме  
нечеловека.*

*Если эти люди обладают человеческой природой,  
то они имеют право и на участие в образовании.*

*И даже в большей степени в силу необходимости внешней помощи, так как  
природа из-за внутреннего недостатка не может помочь себе сама.*

*Я.А. Коменский*

## **ТЕМА 8. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

### **План:**

- 8.1. *Коррекционные направления в работе с детьми с особенностями психофизического развития*
- 8.2. *Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии*
- 8.3. *Психокоррекционная работа с детьми с нарушениями психического развития (трудностями в обучении)*
- 8.4. *Психокоррекционная работа при легкой интеллектуальной недостаточности*
- 8.5. *Психокоррекционная работа с детьми с нарушениями речи*
- 8.6. *Психокоррекционная работа при ДЦП*
- 8.7. *Психокоррекционная работа при нарушениях слуха*
- 8.8. *Психокоррекционная работа при нарушениях зрения*
- 8.9. *Психокоррекционная работа при РДА*
- 8.10. *Арттерапия в системе психокоррекционной помощи детям с особенностями психофизического развития*

**Основные понятия:** коррекция, коррекционная работа, арттерапия, ранняя коррекция, психокоррекционная помощь

### **8.1. *Коррекционные направления в работе с детьми с особенностями психофизического развития***

**Коррекция** (от лат. *correctio* – улучшение, исправление) включает систему психолого-педагогических мероприятий в сочетании с медицинской помощью, направленных на преодоление или ослабление недостатков психического и физического развития человека (минимизация дефекта – сведение последствий нарушений к минимуму).

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

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

В последние десятилетия в коррекционной педагогике и психологии сложился принцип **коррекционно-развивающего обучения**, который предполагает слияние коррекционной работы с учебным процессом. В учебных планах всех типов специальных

школ, кроме базового и школьного компонента, выделяются коррекционные блоки предметов. Это может быть развитие слухового восприятия, ориентировка в пространстве, социально-бытовая ориентировка, логопедические занятия и др. Современные авторы нередко представляют *коррекцию* как совокупность коррекционно-воспитательной и коррекционно-развивающей деятельности.

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

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

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

В последнее время приобретают популярность такие средства коррекции, как сенсорный и психомоторный тренинг, леготека (лего – игры конструктивного содержания), ароматерапия, иппотерапия (от греч. слова «иппо» – лошадь), арттерапия, музыкотерапия и др. Присутствие во многих названиях слова «терапия» подчеркивает лечебный, но не медикаментозный эффект. В современной отечественной практике перечисленные средства выступают как нетрадиционные. Очень важно при выборе средств коррекции делать опору на социально значимое содержание материала.

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



адекватного поведения; 8) расширение форм взаимодействия взрослых с детьми и создание условий для активизации форм партнерского сотрудничества между детьми; 9) определение базовых достижений в каждом возрастном периоде.

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

## **8.2. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии**

**Ранняя комплексная помощь** – система мер, включающая выявление, обследование, коррекцию физических и (или) психических нарушений, индивидуализированное обучение ребёнка с особенностями психофизического развития в возрасте до 3 лет с психолого-медико-педагогическим сопровождением в условиях семьи, учреждения образования и организаций здравоохранения.

Ранняя комплексная помощь формируется как часть системы специального образования, призванная влиять на улучшение условий развития детей с ограниченным потенциалом возможностей, а также тех, чье развитие проходит под влиянием множественных факторов риска. От эффективной организации ранней комплексной помощи в определяющей степени зависят предупреждение инвалидности и (или) снижение степени ограничения жизнедеятельности и трудоспособности.

Особенности развития ребенка в раннем возрасте, пластичность ЦНС и способность к компенсации нарушенных функций обуславливают важность ранней комплексной помощи, позволяющей путем целенаправленного воздействия исправлять первично нарушенные психические и моторные функции при обратимых дефектах и предупреждать возникновение вторичных отклонений в развитии.

Ранняя комплексная помощь предполагает широкий спектр долгосрочных медико-психолого-социально-педагогических услуг, ориентированных на семью и осуществляемых в процессе согласованной («командной») работы специалистов разного профиля. В него входит система специально организованных мероприятий, каждый элемент которой может рассматриваться как самостоятельное направление деятельности учреждений, находящихся в ведении органов здравоохранения, образования и социальной защиты населения. К таким **мероприятиям** относятся:

- обнаружение младенца с отставанием или риском отставания в развитии, предполагающее единство ранней диагностики, идентификации, скрининга и направления в соответствующую территориальную службу ранней помощи;
- определение уровня развития ребенка и проектирование индивидуальных программ раннего образования;
- обучение и консультирование семьи;
- оказание первичной помощи в реализации развивающих программ, как в условиях семьи, так и в условиях специально организованной педагогической среды, отвечающей особым образовательным потребностям младенца (группы развития);
- целевая работа по формированию сенсомоторной сферы ребенка;
- психологическая и правовая поддержка семьи;
- ранняя плановая или экстренная медицинская коррекция;
- координация деятельности всех социальных институтов и служб в оказании полного комплекса услуг семье и ребенку в рамках индивидуальной программы развития.

В зависимости от возраста ребёнка и тяжести нарушения ранняя комплексная помощь организуется в следующих формах: педагогическое сопровождение развития

ребёнка в условиях семьи (не реже 1–2 раз в месяц), индивидуальные занятия, групповые занятия в условиях центра (не менее 2 раз в неделю, продолжительность занятия определяется возможностями ребёнка и составляет не более 30 минут).

Ранняя комплексная помощь, осуществляемая в условиях центра и семьи, проводится по следующим основным **направлениям**: *сенсорное развитие, физическое развитие, эмоциональное развитие, речевое развитие, социальное развитие, включая приобщение ребёнка к предметной, игровой деятельности и самообслуживанию.*

Организация и осуществление ранней комплексной помощи детям с ОПФР предполагают опору на следующие **принципы**:

- *нормализации жизни детей* в возрасте до трех лет: обеспечение приоритета семьи в воспитании ребенка, создание условий для осуществления ребенком качественного жизненного цикла (суточного, недельного, месячного, годового), не ограничивающего активность, способствующего развитию, ранней социализации, интеграции в обществе с первых месяцев жизни;

- *онтогенетический*, основанный на учете общих закономерностей онтогенеза и предполагающий соотнесение уровня развития ребенка с условно-нормативными показателями конкретного возрастного периода, определение исходной позиции для начала ранней комплексной помощи и разработки содержания индивидуальной программы развития ребенка, программы работы с семьей;

- *удовольствия*, стимулирование позитивных гедонических (чувственных) переживаний, в условиях эмоционального общения и совместной деятельности с окружающими людьми;

- *комплексности характера работы* с семьей и опору на *системный анализ*-фактов развития ребенка в условиях междисциплинарного взаимодействия специалистов и в тесном сотрудничестве с родителями, последовательное осуществление коррекционной работы на коммуникативно-деятельностной, полисенсорной основе с учетом структуры нарушения психического и (или) физического развития ребенка;

- *создание в семье и в образовательном учреждении развивающей социальной и предметно-пространственной среды*, обеспечивающей достойное качество жизни и не ограничивающей активность ребенка в овладении социальными отношениями, познании окружающего мира;

- *учета индивидуальных особенностей личности и ее образовательных потребностей*, определение уровня актуального и зоны ближайшего развития с опорой на взаимосвязь психических функций и личностных образований, понимание трудностей ребенка и своевременное фиксирование его достижений;

- *педагогического оптимизма и направляющего участия взрослого* в совместной деятельности с ребенком и его родителями, позитивное видение развития ребенка и прогностическая оценка содержания, последовательности и результатов коррекционной работы; направляющее участие взрослых в совместной деятельности с ребенком, установление обратной связи, расширение контактов ребенка с окружающими людьми;

- *педагогической этики* в процессе работы педагога с ребенком и семьей в рамках институционального (статусно-ориентированного общения), соответствие педагога требуемым личностным, специальным и профессиональным характеристикам.

С учетом условно-нормативных возрастных показателей развития детей в первые три года жизни и индивидуальных характеристик конкретного ребенка **содержание** коррекционной работы **включает**: *физическое развитие* (охрана и укрепление здоровья, нормализация двигательной сферы, стимулирование двигательной активности, коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата и т.д.); *социально-эмоциональное развитие* (формирование личностных качеств, социального поведения, предметной и игровой деятельности, доречевое развитие, формирование языковой системы, комму-

никативных функций речи, коррекция нарушений речи, стимулирование речевой деятельности, коррекция нарушений эмоционального развития, преодоление возбудимости и заторможенности и т.д.); *психическое развитие* (нормализация сенсорной и мыслительной деятельности, формирование представлений об окружающем мире, коррекция имеющихся нарушений познавательной деятельности, исправление неправильных представлений и т.д.).

На *первом году* жизни особое внимание уделяется доречевому развитию и развитию основного вида деятельности – эмоционального общения, формированию привязанности, стимулированию развития эмоций, оздоровлению, физическому развитию (моторики артикуляционной, тонкой и общей), сенсорному развитию, предпосылок предметной деятельности, исходных навыков самообслуживания и личной гигиены.

На *втором году* жизни, наряду с указанными выше направлениями работы, в условиях предметной деятельности, эмоционально-личностного общения обеспечивается развитие речи, формирование навыков социального взаимодействия – взрослый – ребенок, ребенок – ребенок, формирование коммуникативных навыков, предметных действий, совершенствование умений и навыков самообслуживания, развитие познавательной сферы и предпосылок игровой деятельности.

На *третьем году* жизни особое внимание уделяется совершенствованию коммуникативных навыков в условиях социального взаимодействия с окружающими людьми, создаются условия для совершенствования предметной и развития игровой деятельности, наглядного мышления и, в целом, познавательной деятельности.

Представленное по годам жизни содержание ранней помощи рассматривается в качестве базового компонента, значимого для развития большинства детей. Вместе с тем, достижения детей с особенностями психофизического развития в указанных областях не обязательно должны появляться в указанное время и в указанной последовательности. Варианты развития, в значительной мере, обусловлены индивидуальными различиями, структурой психофизических нарушений, а также благоприятной или неблагоприятной окружающей средой.

Содержание ранней помощи отражается в следующих *документах*: 1) *индивидуальных программах развития (для детей)*; 2) *программах работы с семьей*.

При составлении *индивидуальной программы на ребенка* учитывается не только биологический возраст, условно-нормативные возрастные показатели, но и, прежде всего, индивидуальные особенности социального, психического, физического развития ребенка, ведущий вид деятельности в рассматриваемый период, достижения, трудности и возможности развития ребенка, обусловленные структурой имеющихся психофизических нарушений.

*Программа работы с семьей* предусматривает: педагогическое просвещение родителей, изучение и анализ среды семейного воспитания, особенностей детско-родительских отношений, оказание родителям психологической помощи и обучение навыкам взаимодействия с ребенком, способам ухода за ним, специальным приемам коррекционно-развивающей работы. Осуществляется систематическая оценка эффективности оказываемой помощи и определяется направленность и содержание дальнейшей работы.

Ранняя помощь ребенку с вовлечением родителей в процесс коррекционной работы позволяет не только вывести развитие ребенка на новый качественный уровень жизни, но и в значительной мере определяет прогресс его интеграции в обществе.

### **8.3. Психокоррекционная работа с детьми с нарушениями психофизического развития (трудностями в обучении)**

*Целью коррекционной работы с дошкольниками с трудностями в обучении является формирование «предпосылок» мышления: памяти, внимания, различных видов*

восприятия, зрительных, слуховых, моторных функций и межсенсорных связей, познавательной и творческой активности ребенка. Необходимо создавать условия для становления ведущих видов деятельности. Коррекционная работа базируется на следующих принципах:

**Принцип ранней коррекции** отклонений в развитии предполагает как можно более раннее выявление проблем ребенка и организацию коррекционной работы с ним в сензитивные сроки.

**Принцип реализации деятельностного подхода** следует рассматривать в следующих аспектах: успехов в коррекционной работе можно достичь только при условии опоры на ведущую деятельность.

**Принцип коммуникативной направленности** означает необходимость специального внимания к развитию речи как основного средства коммуникации.

Разрабатывая программу коррекционной работы с детьми, следует ориентироваться на **следующие направления работы:**

1. Комплексное исследование фонда знаний, умений, навыков, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, речи, нейропсихологическое изучение, наблюдение за динамикой психического развития в условиях коррекционной работы, выстраивание психолого-педагогического прогноза.

2. Развитие познавательной активности, обеспечение устойчивой положительной мотивации в различных видах деятельности.

3. Коррекционная работа, направленная на обеспечение полноценного психического развития ребенка.

3.1. Формирование психологического базиса для развития высших психических функций: обеспечение полноценного физического развития, оздоровление организма; коррекция недостатков в двигательной сфере; развитие общей и мелкой моторики; формирование чувства ритма; создание условий для полноценного межканализаторного взаимодействия через систему специальных игр и упражнений.

3.2. Целенаправленное формирование высших психических функций: развитие сенсорно-перцептивной деятельности и формирование эталонных представлений; формирование мыслительной деятельности во взаимосвязи с развитием речи (мыслительной активности, наглядности форм мышления, мыслительных операций, конкретно-понятийного и элементарного умозаключающего мышления); развитие умственных способностей через овладение действиями замещения и наглядного моделирования в различных видах деятельности; развитие творческих способностей.

4. Формирование ведущих видов деятельности, их мотивационных, ориентировочно-операционных и регуляционных компонентов: всестороннее развитие предметно-практической деятельности; целенаправленное формирование игровой деятельности; формирование предпосылок для овладения учебной деятельностью: умений программировать, контролировать, регулировать, оценивать результаты при выполнении заданий учебного типа; ориентация на формирование основных компонентов психологической готовности к школьному обучению.

5. Коррекция недостатков в эмоционально-волевой сфере: формирование способности к волевым усилиям, произвольной регуляции поведения; преодоление негативных качеств формирующегося характера, предупреждение и устранение аффективных, негативистских, аутических проявлений, отклонений в поведении.

6. Преодоление недостатков в речевом развитии: целенаправленное формирование функций речи; особое внимание следует уделить развитию словесной регуляции действий у детей, формированию механизмов, необходимых для овладения связной речью; создание условий для овладения ребенком всеми компонентами языковой систе-

мы; одной из важнейших задач является формирование предпосылок для овладения навыками письма и чтения.

7. Формирование коммуникативной деятельности: обеспечение полноценных эмоциональных и «деловых» контактов со взрослыми и сверстниками; формирование механизмов психологической адаптации в коллективе сверстников, формирование полноценных межличностных связей.

Вышеперечисленные направления требуют конкретизации и решения широкого спектра задач. Учитывая сложную психологическую структуру данного нарушения, полиморфный состав детей с трудностями в обучении требуются наиболее адекватные методы работы с детьми, отбор содержания обучения с учетом индивидуально-психологических особенностей детей.

**Цель коррекционной работы со школьниками** – устранение причин трудностей в учении, развитие общих способностей к учению в рамках личностной, эмоционально-волевой и интеллектуальной сфер.

**Основные направления коррекционной работы представлены в 3 блоках** (В.В. Гладкая):

1. **Формирование учебной деятельности детей и коррекция ее недостатков:** формирование учебной мотивации: учебно-познавательных мотивов; мотивов собственного роста, самосовершенствования; формирование общеучебных интеллектуальных умений: ориентировки в задании; планирование хода выполнения задания; обобщение; осуществление самоконтроля и самооценки деятельности; развитие личностных компонентов познавательной деятельности: познавательной активности; самостоятельности; произвольности.

2. **Развитие до необходимого уровня психических функций, обеспечивающих учебную деятельность (школьно-значимых функций):** зрительного восприятия; пространственной ориентировки; фонематического слуха; кинестетического восприятия, двигательной сферы тонких движений (мелкой моторики рук, артикуляционной моторики); памяти; интегративных функций (координации в системах «глаз – рука», «ухо – рука», «ухо – глаз – рука»); устной речи; мышления; языкового анализа и синтеза (на уровне текста, предложения, слова).

3. **Формирование базовых представлений и умений:** отчетливых разносторонних представлений о предметах и явлениях окружающей действительности, количественных показателях; графических умениях и др.

#### **8.4. Психокоррекционная работа при легкой интеллектуальной недостаточности**

*Психокоррекционная работа с дошкольниками с легкой интеллектуальной недостаточностью.* Одной из первых в отечественной дошкольной специальной педагогике, базирующейся на гибком учете психологических и педагогических закономерностей, явилась созданная выдающимся педагогом и психологом А.А. Катаевой (А.А. Венгер) система сенсорного воспитания и сенсорного развития. Она построена с учетом механизмов формирования у дошкольников с сенсорными и интеллектуальными нарушениями перцептивных ориентировочных действий (ориентировки на внешние свойства и качества предметов). Автором было доказано, что в дошкольном возрасте детская деятельность основывается на восприятии, именно оно становится побудительным мотивом всех видов детской деятельности. При отсутствии ориентировки на свойства и отношения объектов или недостаточном ее развитии затруднено вычленение существенных с точки зрения данной деятельности свойств и отношений. Это обуславливает значительный разрыв между пониманием функционального назначения предметов

и реальным овладением предметным, или орудийным, действием, замедленный темп усвоения навыков самообслуживания, неверное, искаженное формирование многих навыков.

Идеи А.А. Катаевой о необходимости целенаправленной коррекционно-педагогической работы по формированию высших психических функций получили развитие в исследованиях *Е.А. Стребелевой*. Ею была разработана дидактическая система формирования у дошкольников с нарушениями интеллектуального развития мышления как целостного процесса, каждый отдельный компонент которого является необходимым звеном общей структуры мыслительной деятельности ребенка. В коррекционно-педагогической работе с детьми получило свое реальное воплощение фундаментальное положение отечественной психологии о генетической связи разных форм мышления. В дошкольном возрасте тесно взаимодействуют три основные формы мышления – наглядно-действенная, наглядно-образная и словесно-логическая, – образуя единый процесс познания реального мира, в котором в различные периоды может преобладать либо одна, либо другая форма мышления, в связи с чем познавательный процесс обретает специфический характер.

В ходе занятий используются такие приемы, как сравнение, обобщение, противопоставление, аналогия, установление связей между явлениями и объектами окружающего мира, классификация и систематизация узнаваемых фактов, формулирование выводов в виде суждений и умозаключений. Именно на этой основе у детей складываются образы-представления, которые становятся более гибкими, динамичными, обобщенными, что позволяет им устанавливать причинно-следственные связи и зависимости.

Дидактическая система *формирования элементарных математических представлений* разработана в исследованиях *Л.Б. Баряевой* и *И.В. Чумаковой*. Они рассматривают процесс формирования элементарных математических представлений у детей дошкольного возраста с нарушениями интеллекта как сложную мыслительную деятельность, в которой умственные процессы основываются на интериоризации внешних предметных действий. При этом возникающие внутренние мыслительные процессы являются производными от внешней предметной деятельности.

Дидактическая система, разработанная *Е.А. Екжановой* с позиций психолого-педагогического подхода, обеспечивает *овладение смыслами продуктивной деятельности через формирование знаково-символической функции сознания*. Работа начинается с формирования у детей с нарушенным интеллектом образов восприятия в процессе целенаправленного обследования предмета и последующего моделирования его формы способами, специфичными для лепки, аппликации, рисования. На этой основе постепенно складываются гибкие образы-представления. Под влиянием обучения дети овладевают умением выделять существенные и второстепенные признаки предметов, устанавливать аналогии создаваемых изображений и реальных предметов. Выявленный признак становится свидетельством определенного уровня обобщения.

*Игра* – ведущая деятельность ребенка-дошкольника. Именно в ней происходит формирование основных психологических новообразований. В игре ребенок удовлетворяет свои возрастные психологические потребности: быть как взрослый. Его захватывает сам процесс, который пока еще даже не направлен к конечной цели.

*Трудовое воспитание* включает в себя формирование практических действий, которое осуществляется в процессе усвоения детьми способов самообслуживания и культурно-гигиенических навыков. Занятия ручным трудом направлены также на развитие умственных и практических действий: дети знакомятся с разнообразными свойствами и качествами предметов, которые их окружают, овладевают приемами обработки различных материалов, узнают возможности их применения в повседневной и в эстетическо-художественной деятельности.

*Занятия по ознакомлению с окружающим* предусматривают формирование у детей целостного восприятия и адекватных представлений о различных предметах и явлениях окружающей действительности, о человеке и видах его деятельности, о его взаимоотношениях с природой. В ходе таких занятий у детей складываются представления о предметном мире, созданном руками человека, обогащается их чувственный опыт, они учатся быть внимательными ко всему, что их окружает.

*Психокоррекционная работа со школьниками с интеллектуальной недостаточностью.*

*Специальные школы (вспомогательные)* для детей с интеллектуальной недостаточностью в нашей стране прошли длительную эволюцию и доказали свою высокую эффективность. Несмотря на нецензовый характер образования, во вспомогательных школах дается достаточный уровень образования для того, чтобы выпускник мог продолжить его для приобретения специальности (в специальных группах ПТУ) и вести самостоятельную жизнь. Специфическими задачами вспомогательной школы являются: *коррекционно-развивающая* – максимальное преодоление недостатков познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, поведения у каждого отдельного ребенка с проблемами в интеллектуальном развитии, максимальное использование имеющихся ресурсов психики для дальнейшего его развития, для повышения образовательного уровня; *адаптационная*, предполагающая облегчение и поддержку существования в окружающем мире, овладение по возможности теми компетенциями, которые необходимы для самостоятельной жизни в обществе; а также *обучение доступному профессиональному труду*.

### **8.5. Психокоррекционная работа с детьми с речевыми нарушениями**

#### ***Психокоррекционная работа по преодолению нарушений познавательной сферы***

Цель коррекции *сенсорной сферы* заключается в формировании системы сенсорных эталонов. Для этого необходимо специально организованное восприятие предметов (обследование) для использования его результатов в той или иной содержательной деятельности.

В работе по развитию *мнестической деятельности* выделяют ряд направлений: 1) переход от конкретных мнемотехнических средств к абстрактным, формирование приемов логического запоминания; 2) переход от механических способов запоминания и воспроизведения материала к логическим; 3) переход от внешних средств запоминания к внутренним; 4) переход от использования уже готовых или известных средств запоминания к новым, оригинальным, придуманным самим запоминающим; 5) формирование основ логического мышления, в том числе логических операций; 6) формирование произвольного внимания и памяти.

Для развития *мыслительной* деятельности используются приемы (Е.А. Стребелева): 1) для развития *обобщения* – группировка предметов по внешним единичным признакам, по совокупности признаков, по лексическим группам, формирование логического уровня обобщения; 2) для развития *серияции* – расположение предметов в ряд на основе убывания или возрастания ведущего признака, соотнесение двух рядов предметов по ведущему признаку; 3) для развития *сравнения* – определение различия и сходства.

Формирование *воображения* направлено на развитие способности (Н.Ю. Борякова, А.В. Соболева, В.В. Ткачева): 1) использовать заместители предметов; 2) осуществлять «опредмечивание» неопределенного предмета; 3) создавать образы на основе словесного описания или неполного графического изображения; 4) оперировать в уме

образами простых многомерных объектов; 5) подчинять свое воображение определенному замыслу, реализовывать план этого замысла.

Задачами на развития **внимания** являются: 1) длительное удерживание интенсивного внимания на одном объекте или задаче; 2) переключение внимания с одного объекта на другой, переход с одного вида деятельности на другой; 3) подчинение своего внимания поставленной цели и требованиям деятельности; 4) умение подмечать в предметах и явлениях малозаметные, но существенные особенности.

#### ***Психокоррекционная работа по преодолению нарушений личности и межличностного общения у детей***

Своеобразие самооценки у детей с речевой патологией также требует проведения коррекционно-развивающей работы с учетом следующих **задач**: 1) развивать осознание детьми собственного тела; 2) повышать уверенность в себе; 3) оптимизировать «Я-концепцию» и уровень притязаний; 4) развивать чувство эмпатии, умение выражать свои эмоциональные состояния, групповую сплоченность; 5) формировать коммуникативные навыки; 7) совершенствовать словарь детей, отражающий качества характера и внешности.

Основными направлениями психокоррекционной работы по формированию **возрастных форм общения** являются формирование: 1) кооперативно-соревновательного общения со сверстниками; 2) контекстного общения со взрослыми; 3) произвольности поведения; 4) психических функций познавательной деятельности (внимания, памяти, мышления, восприятия, воображения, речи).

Для коррекции негативных тенденций **социально-эмоционального** развития необходимо решение следующих задач: 1) развитие гибкости поведения, способности адекватного реагирования на различные жизненные ситуации; 2) формирование установки «Я – хороший, ты – хороший», способности эмоциональной саморегуляции; 3) овладение ребенком «языком» эмоций, формирование соответствующих вербальных обозначений эмоций и эмоциональных состояний (Г.А. Широкова).

**Развитие эмоциональной сферы** осуществляется через формирование у ребенка представления о языке эмоций как знаках, подаваемых человеком о себе; знания о средствах выражения различных эмоциональных состояний; понимания ребенком эмоциональной окраски слова; умения регулировать свои отрицательные эмоции.

**Развитие коммуникативных способностей** происходит посредством обучения этически ценным формам и способам поведения; формирования конструктивных способов поведения в конфликтных ситуациях; раскрытия внутреннего мира ребенка; обеспечения чувства психологической защищенности.

**Знакомство с моральными чертами характера** предполагает формирование нравственного поведения в повседневной жизни; формирование положительных черт характера; преодоление негативных черт характера. В реализации содержания указанных направлений используются следующие методические приемы: словесные и подвижные игры; этюды на выражение тех или иных эмоций и чувств; рисование (тематическое и свободное); беседы; проблемные ситуации.

Преодоление **тревожности** у детей старшего дошкольного возраста включает формирование вербальных и невербальных средств общения, формирование конструктивных способов поведения в трудных ситуациях, формирование элементарных умений саморегуляции эмоциональных состояний.

**В Беларуси с 2007 года действует программа для специальных дошкольных учреждений для детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) «Воспитание и обучение детей с ТНР» (авторы – Ю.Н. Кислякова, Л.Н. Мороз)**

В соответствии с программой **учитель-дефектолог (учитель-логопед)** проводит следующие виды занятий: занятия по формированию лексико-грамматических



средств языка и развитию связной устной речи, занятия по формированию произносительной стороны речи, занятия по обучению грамоте (в старшей группе).

**Воспитатель** решает следующие коррекционно-развивающие задачи: 1) коррекция особенностей развития сенсорной, интеллектуальной, эмоционально-волевой сфер, обусловленных речевым нарушением; 2) актуализация и закрепление речевых навыков, социально-бытового опыта на занятиях и в свободной деятельности.

Воспитатель осуществляет работу по созданию сенсорной базы, необходимой для формирования понятий у детей. В процессе экскурсий, прогулок, наблюдений, игр воспитатель вырабатывает у детей умение наблюдать, сравнивать объекты и явления окружающей жизни, обобщать полученную информацию. Работа воспитателя по развитию речи может предшествовать занятиям учителя-дефектолога, обеспечивая необходимую познавательную или мотивационную базу для формирования речевых умений, либо может проводиться после логопедических занятий с целью закрепления полученных знаний.

Коррекционно-развивающее обучение и воспитание детей с ТНР осуществляется на основе активного познания детьми окружающего мира, практического освоения ими предметной среды и сферы социальных отношений. Детей учат применять отработанные на занятиях речевые умения в разнообразных социально-бытовых ситуациях, творчески использовать их в различных видах деятельности.

Воспитатель группы для детей с ТНР проводит следующие занятия: физическая культура, ознакомление с окружающим, художественная литература, изобразительная деятельность, конструирование, формирование элементарных математических представлений (1–4 год обучения).

### **8.6. Психокоррекционная работа при ДЦП**

*Основными целями коррекционной работы при ДЦП* являются оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи; обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Работа специалистов при ДЦП носит комплексный характер. Важнейшее условие комплексного воздействия – согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и логопедической коррекции. В комплексное восстановительное лечение ДЦП включаются медикаментозные средства, различные виды массажа, лечебная физкультура (ЛФК), ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры.

Отечественные ученые Е.Ф. Архипова, Л.А. Данилова, М.В. Ипполитова, И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюкова, О.Г. Приходько, К.С. Семенова и др. обосновали необходимость специального обучения и воспитания детей с ДЦП начиная с первых месяцев жизни, раскрыли задачи, содержание и методы коррекционной работы в младенческом, раннем и дошкольном возрастах и доказали ее высокую эффективность при условии раннего начала и адекватности коррекционного воздействия.

Помощь детям с ДЦП оказывается специалистами учреждений Министерств здравоохранения, образования и социальной защиты: поликлиники, неврологические отделения и психоневрологические больницы, специализированные санатории, ясли-сады, школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дома ребенка, интернаты, реабилитационные центры. В этих учреждениях в течение длительного времени дети получают не только восстановительное лечение, но и квалифицированную помощь логопедов, дефектологов, психологов, воспитателей по коррекции нарушений познавательной деятельности и речи.

В систему помощи детям дошкольного возраста входит пребывание в *специальных дошкольных учреждениях (интегрированных группах дошкольных учреждений)*. Основными целями коррекционного обучения и воспитания являются всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями и максимальная адаптация к окружающей действительности с тем, чтобы создать базу для дальнейшего школьного обучения. Эти цели достигаются при решении следующих задач: дифференциальной диагностики; развития двигательных, психических, речевых функций, профилактики и коррекции их нарушений; подготовки к обучению в школе. В эти учреждения направляются дети от 3–4 до 7–9 лет.

Дальнейшее обучение осуществляется в *специальных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата*. Дети школьного возраста обучаются в таких школах, где предусмотрено не только сочетание учебно-воспитательного и лечебного процессов, но и проведение трудового обучения, своевременной и целенаправленной профессиональной ориентации. В некоторых случаях дети с ДЦП могут учиться и в *общеобразовательных школах, в интегрированных классах, в других видах специальных школ* (например, ребенок с легкими двигательными нарушениями и речевыми расстройствами может учиться в речевой школе). С учетом психофизических особенностей и возможностей овладения учебным материалом принято выделять среди учащихся школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата следующие *категории*.

1) Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата различного этиопатогенеза, передвигающиеся самостоятельно или с помощью вспомогательных ортопедических средств и имеющие психическое развитие, близкое к нормальному. Это та группа, которая в настоящее время выделяется для обучения в специальных школах-интернатах по адаптированной массовой программе.

2) Дети, лишенные возможности самостоятельного передвижения и самообслуживания, с трудностями в обучении и разборчивой речью. Эта группа детей в настоящее время обучается на дому по программе общеобразовательной школы, что недостаточно, поскольку они нуждаются в коррекционных занятиях по развитию моторики, пространственной ориентировки и в специальном оборудовании учебного процесса.

3) Дети с трудностями в обучении при ДЦП, осложненном тяжелыми дизартрическими нарушениями, недоразвитием речи. Для этой группы необходимы корректировка программ ряда общеобразовательных предметов, использование специальных методов развития речи и коррекции нарушений звукопроизношения. В настоящее время многие из таких детей снимаются даже с надомного обучения из-за трудности установления с ними речевого контакта. Для работы с ними требуются подготовленные специалисты.

4) Дети с ДЦП, имеющие интеллектуальную недостаточность различной степени тяжести. Эта категория детей в наибольшей мере нуждается в разработке разноуровневых программ и в различных организационных формах обучения. Особое внимание должно быть уделено предметам коррекционного цикла. Дети с ДЦП, имеющие легкую интеллектуальную недостаточность, могут учиться в специальных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

5) Дети с ДЦП, имеющие нарушения слуха и зрения разной степени выраженности. Эта группа нуждается в разработке различных организационных форм обучения (специальных отделений, классов, групп при школах, интернатах), в создании специализированных учебных планов и программ обучения. В настоящее время дети с двигательными нарушениями и незначительными нарушениями зрения и слуха обучаются в специальных школах-интернатах по адаптированной общеобразовательной программе.

*Специальная школа для детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата* обеспечивает своим воспитанникам общеобразовательную подготовку на среднем уровне, отвечающем нормативным требованиям Государственного образовательного стандарта. Однако дети с тяжелыми двигательными нарушениями могут овладеть базовым компонентом программы лишь в условиях максимальной индивидуализации обучения, которая предполагает наличие: 1) гибкого учебного плана, позволяющего учитывать специфику нарушений; 2) разноуровневых программ, адаптированных для коллективного и индивидуального обучения; 3) вариативного начального обучения с пропедевтическим периодом.

Для получения детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата образования в учебных учреждениях необходимо обеспечить определенные условия.

1. Специально приспособленное здание (лифты, пандусы и др.) и дополнительные составляющие (ортопедическая обувь и ортопедические приспособления; мебель; приборы для обучения; компьютерные классы; мастерские для трудовой подготовки).

2. Малая и неодинаковая наполняемость классов: начальная, основная и средняя школа – до 10 человек.

3. Изменение продолжительности уроков: I класс – 35–40 мин; II класс и далее – 45 мин. На каждом уроке после 20 мин занятий проводится 5-минутная физкультпауза.

Обучение детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата осуществляется на фоне лечебно-восстановительной работы. Эта работа предусматривает следующие направления: усиленная медицинская коррекция двигательного дефекта, терапия нервно-психических отклонений, купирование соматических заболеваний. Комплекс восстановительного лечения представлен ортопедоневрологическими мероприятиями, лечебной физкультурой, массажем, физиобальнео-климатотерапией, протезно-ортопедической помощью, коррекционными занятиями в бассейне и т.д. Медицинский блок должен располагать помещениями для этих мероприятий.

После окончания школы подростки могут продолжить профессиональное обучение в профтехучилищах, техникумах или в высших учебных заведениях. Для выбора профиля учреждения, в котором наиболее целесообразно учиться или работать подростку, страдающему церебральным параличом, проводится экспертиза трудоспособности.

Рассмотрим **основные направления работы на разных этапах онтогенеза** (младенческий – дошкольный – школьный возраст).

**Коррекционная работа в младенческом возрасте:** 1) развитие эмоционального общения со взрослым, включение общения в практическое сотрудничество ребенка со взрослым; 2) нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата; 3) стимуляция голосовых реакций, звуковой и речевой активности; 4) коррекция кормления; 5) подавление оральных автоматизмов; 6) развитие сенсорных процессов; 7) развитие речевого дыхания и голоса; 8) коррекция и развитие движений рук и действий с предметами; 9) формирование подготовительных этапов понимания речи.

**Коррекционная работа в раннем возрасте:** 1) развитие предметной деятельности, формирование наглядно-действенного мышления, произвольного, устойчивого внимания; 2) развитие понимания обращенной речи, активизация речевой активности; 3) развитие знаний и представлений об окружающем; 4) стимуляция сенсорной активности; 5) активизация функциональных возможностей кистей и пальцев рук, формирование навыков опрятности и самообслуживания.

**Коррекционная работа в дошкольном возрасте:** 1) развитие игровой деятельности; 2) расширение речевого общения с окружающими, увеличение словаря, становление связной речи, коррекция недостатков речи; 3) увеличение запаса знаний и представлений об окружающем; 4) развитие сенсорных функций, формирование пространственных и временных представлений, развитие кинестетического восприятия и сте-

реогноза; 5) формирование внимания, памяти, мышления; 6) знакомство с элементарными математическими представлениями; 7) подготовка руки к овладению письмом; 8) воспитание навыков самообслуживания и гигиены; 9) подготовку к школе.

**Коррекционная работа в школьном возрасте:** 1) последовательное становление познавательной деятельности и коррекцию ее нарушений; 2) коррекция высших психических функций; 3) воспитание устойчивых форм поведения и деятельности; 4) профилактика личностных нарушений; 5) профессиональную ориентацию подростков.

### **8.7. Психокоррекционная работа при нарушениях слуха**

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 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: сначала 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; далее – производится уточнение произношения звонких согласных, звуков «ц», «ч», мягких согласных и звука «ы». Звукопроизводительные 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.

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.

### **8.8. Психокоррекционная работа при нарушениях зрения**

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.

В ДУ для детей с нарушениями зрения проводятся занятия по развитию речи, формированию элементарных математических представлений, ознакомлению с окружающим миром, изобразительному искусству, физическому воспитанию, трудовому обучению во время игры. Решение специальных задач достигается посредством реализации специфических направлений коррекционной психолого-педагогической работы – развития зрительного восприятия, коррекции нарушений речи, совершенствования осязания и мелкой моторики, формирования навыков ориентировки в пространстве, социально-бытовой ориентировки, занятий по лечебной физкультуре и ритмике.

Организационная специфика школ для детей с нарушениями зрения проявляется в: 1) функционировании преимущественно в режиме школ-интернатов; 2) увеличении срока обучения на один год; 3) учете общих закономерностей и специфических особенностей развития детей, находящихся в условиях зрительной депривации, с опорой на их сохранные возможности; 4) модификации учебных планов и программ, перераспределении учебного материала и изменении темпа его прохождения; 5) дифференцированном и индивидуальном подходе к детям, уменьшении наполняемости воспитательных групп и классов; 6) применении специальных форм, методов и приемов работы, оригинальных учебников, наглядных пособий, тифлотехнических средств обучения; 7) специальном оформлении учебных классов, создании офтальмо-гигиенических условий, отвечающих потребностям детей, организации лечебно-восстановительной работы; 8) усилении работы по социально-трудовой адаптации и самореализации выпускников. Неотъемлемой частью деятельности школ является организация лечебно-восстановительной и профилактической работы.

### **8.9. Психокоррекционная работа при РДА**

Система помощи людям с аутизмом впервые начала формироваться в США и Западной Европе в середине 60-х гг. XX в. Нужно, однако, отметить, что первая в Европе (и, по-видимому, в мире) школа для аутичных детей – Sofienskole – была открыта в Дании в 1920 г., когда ни в психиатрии, ни в специальной педагогике представление о детском аутизме еще не было сформулировано. В определенном смысле предысторией

становления системы помощи детям с аутизмом можно считать появление в конце 50-х гг. XX в. небольшого числа частных учреждений, деятельность которых основывалась на различных вариантах психоанализа.

Как известно, с позиций психоанализа аутизм является следствием конфликта между ребенком и окружающим миром, прежде всего между ребенком и матерью, которая, по мнению психоаналитиков, своей доминантной, жесткой, холодной активностью подавляет формирование собственной активности ребенка («мама – холодильник»). Эти представления не подтвердились, но они стимулировали создание общественных организаций (в Англии в 1962 г., в США в 1965 г.), объединявших, прежде всего родителей аутичных детей, обладавших юридическими правами представлять интересы людей с аутизмом. Именно родительские общественные объединения сумели во многих странах заставить государство выполнять свои обязанности по реализации конституционного права своих аутичных граждан на адекватное их возможностям образование.

В методическом плане подходы к коррекции аутизма в США, Японии и странах Западной Европы чрезвычайно многообразны. Так, справочник Национального аутистического общества Великобритании (Nationalautisticsociety, NAS) «Подходы к коррекции аутизма» (1995) включает более 70 пунктов, хотя из них практическое значение имеют не более четырех-пяти. И в первую очередь это прикладной поведенческий анализ (appliedbehavioralanalysis, АВА; синонимы «оперантное обучение», «поведенческая терапия»), развившийся на основе психологии бихевиоризма, и программа ТЕАССН (аббревиатура от TreatmentandEducationofAutisticChildrenandChildrenwithrelativecommunicativeHandicap – лечение и обучение аутичных детей и детей со сходными коммуникативными расстройствами).

**Прикладной поведенческий анализ** достаточно широко распространен в США и некоторых других странах (Норвегии и Южной Кореи, ряде арабских стран, в определенной степени в Германии). Метод предполагает создание внешних условий, формирующих желаемое поведение в самых различных аспектах – социально-бытовые навыки, речь, овладение учебными предметами и производственными навыками. Обучение проводится главным образом индивидуально. Формально эффективность метода достаточно высока: до 50–60% воспитанников становятся способными овладеть программой массовой школы, получают возможность работать достаточно успешно для того, чтобы обеспечить свое существование, а в отдельных случаях даже поступают в колледжи и университеты. Вместе с тем полученные в ходе обучения навыки с трудом переносятся в другие условия, имеют ригидный, в большей или меньшей степени «механический», «роботоподобный» характер; желаемый уровень гибкой адаптации к жизни в обществе, как правило, не достигается, а если это и происходит, то не только благодаря, но и в значительной степени вопреки использованному методу.

**ТЕАССН-программа** начала разрабатываться Э. Шоплером, Р. Райхлером и Г. Месибовым в 70-х гг. XX в. в университете штата Северная Каролина, и сейчас в этом и некоторых других штатах признана государственной. Она широко распространена во многих странах Европы, Азии, Африки, Латинской Америки. При некотором сходстве отдельных методических черт ТЕАССН-программы и оперантного обучения между ними имеются различия концептуального порядка.

Тщательное изучение особенностей психики детей с аутизмом привело многих зарубежных авторов к выводу, что при аутизме мышление, восприятие и психика в целом организованы совсем иначе, чем в норме: восприятие носит в основном симультанный характер, дети не усваивают или усваивают с большим трудом сукцессивно организованные процессы, у них особый характер мышления. Это своеобразие психики затрудняет, а в тяжелых случаях делает невозможной адаптацию к окружающему миру, и, по мнению сторонников ТЕАССН-программы, усилия следует направлять не на

адаптацию ребенка к миру, а на создание соответствующих его особенностям условий существования, на раскрытие и совершенствование внутренне присущих ему черт.

Усилия также направляются на развитие невербальных форм коммуникации, на формирование простых бытовых навыков. Обучение речи считается целесообразным только при  $IQ > 50\%$  и не расценивается как обязательное, так же как и овладение академическими и профессиональными навыками. В основе конкретных методик заложены четкое структурирование пространства и времени (через различные формы расписаний), опора на визуализацию.

ТЕАССН-программа практически никогда не обеспечивает достаточно высокого уровня адаптации к реальной жизни, но она позволяет довольно быстро прийти к положительным устойчивым изменениям в работе даже с очень тяжелыми случаями аутизма. Цель – добиться возможности жить «независимо и самостоятельно» – достигается, но только в особых, ограниченных или искусственно созданных условиях.

Очень важно, что организационно идеальными признаются развитие и жизнь в домашних условиях, так как именно семья считается «естественной средой существования» для ребенка с аутизмом. Этот тезис делает работу с родителями чрезвычайно важной. Обязательным является разъяснение особенностей аутизма, в том числе и невозможности вылечить его; формирование у родителей такого менталитета, при котором аутизм понимался бы не как патология, а как особый, но равнозначный и равноценный с нормой вариант развития. Родители, которые рассматриваются как важнейшие партнеры в коррекционной работе, учатся приемам и навыкам работы с аутичными детьми и подростками, правилам ведения необходимой документации.

Такая работа с родителями организуется не реже, чем дважды в год, и осуществляется в форме сессий, в ходе которых проводится контроль за динамикой развития ребенка, вносятся коррективы в индивидуальные программы, рекомендуются новые методы работы. Взаимоотношения семьи и учреждения оформляются договором, регламентирующим взаимные обязанности и ответственность родителей и профессионалов; договор не предполагает финансовых отношений: для проживающих в том штате, где расположено учреждение, работающее по ТЕАССН-программе, обучение бесплатное.

В тех случаях, когда по каким-либо причинам ребенок не может воспитываться только в семье, коррекционный процесс осуществляется в дошкольных группах или школах дневного пребывания. В группе, как правило, 5–6 детей, с которыми работают 2–3 специалиста, однако соотношение «штат – воспитанники», как 1 к 3, признается недостаточным. Контакт с родителями поддерживается посредством ежедневных записей заданий педагога и отчетов родителей, а также ежемесячными личными встречами профессионалов с родителями.

Проживание ребенка с аутизмом в интернате считается весьма нежелательным, но, если это все же неизбежно, желательно четко разделить места проживания и обучения по условиям: разные педагоги и воспитатели, разный круг воспитанников, неодинаковые принципы организации коллектива (общение в свободное время, учеба или работа, быт и др.), а во многих случаях и территориальное разведение места проживания и работы (учебы).

В программе ТЕАССН в значительно большей степени, чем в прикладном поведенческом анализе, реализуется принцип преемственности: воспитанников «ведут» от дошкольного возраста к зрелости через все промежуточные этапы, хотя в какой-то мере это отражает малую вероятность достижения достаточного уровня адаптации к окружающему миру.

Помимо прикладного поведенческого анализа и программы ТЕАССН на Западе используются холдинг-терапия (М. Уэлш), терапия «ежедневной жизнью» (К. Китахара), терапия «оптимальными условиями» (Б. и С. Кауфманы) и др.

Считается, что в России синдром РДА изучается более 50 лет, со времени выхода в 1947 г. статьи С.С. Мнухина «О невро- и психопатических изменениях личности на почве тяжелого алиментарного истощения у детей». В дальнейшем, на протяжении более 30 лет, детский аутизм рассматривался в стране только как медицинская проблема, однако помещение таких детей в психиатрический стационар не давало, как правило, положительных результатов, а нередко за счет отрыва от семьи и изменения привычного окружения происходило ухудшение состояния. И лишь со второй половины 1970-х гг. благодаря работам ленинградских (Д.Н. Исаев, В.Е. Каган и др.) и особенно московских (К.С. Лебединская, В.В. Лебединский, О.С. Никольская и др.) психиатров и психологов постепенно стало складываться представление о детском аутизме как об особом отклонении психического развития. Из этого неизбежно следовала необходимость не только и не столько медикаментозного лечения, сколько и прежде всего коррекционного обучения и воспитания с использованием особых, специфических форм и методов. Такая точка зрения была официально закреплена решением Президиума АПН СССР в 1989 г. Однако, несмотря на значительные успехи в научных медицинских и психологических исследованиях, а также на интересные, обнадеживающие результаты экспериментально-методической работы, государственной системы комплексной помощи детям и подросткам, страдающим аутистическими расстройствами, создано не было.

Специальных (коррекционных) образовательных учреждений для детей с аутизмом в Белоруссии нет. Большинство таких детей и подростков находятся либо в массовых и специальных школах, либо в учреждениях систем здравоохранения и социальной защиты населения. Многие проходят обучение и воспитание на базе центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.

Работа педагогов и психологов в случае взаимодействия с ребенком с РДА требует соблюдения ряда условий: 1) опережающей готовности ребенка к школьному обучению в плане академических навыков; 2) определенного уровня социальной адаптации, способности к существованию в коллективе; 3) психолого-педагогической поддержки специалистов по коррекции РДА; 4) достаточной дефектологической подготовленности учителей массовой школы; 5) юридической защищенности аутичного ребенка, обучающегося в массовой (или иной) школе, т.е. введения в обязанности учителя и администрации учета особенностей такого ребенка; 6) при необходимости и наличии возможностей использования в работе специально прикрепленного педагога-помощника (ассистента).

Проблемы, стоящие перед педагогом и психологом детского сада или общеобразовательной (массовой) школы, очерчены достаточно ясно, и их решение представляется достаточно простым: индивидуальный подход с учетом таких проявлений аутизма, как ранимость, повышенная пресыщаемость и утомляемость, неравномерность развития интеллектуальных, речевых и моторных навыков, некоторая замедленность реакций, необычность обратной связи с педагогом (ребенок часто отвечает не тотчас, а спустя некоторое время), трудности ответа у доски, сложность восприятия фронтальных занятий по сравнению с индивидуальными и т.п. Однако залогом успешной помощи такому ребенку, обучающемуся в массовой школе, и основой взаимодействия с ним оказываются психолого-педагогические, нравственные факторы: не торопиться с выводами и организационными решениями, попытаться понять мотивы нарушений поведения и причины затруднений в учебе, повнимательней расспросить о ребенке его родителей и при малейшем подозрении, что у него аутизм, обратиться за консультацией к специалисту соответствующего профиля – педагогу, психологу, детскому психиатру.

Очень часто вслед за трудностями первого периода наступает положительный результат и приходит удовлетворение, и это тем более важно и ценно, что во всем мире признано: работа с ребенком с аутизмом едва ли не самое сложное, что существует в современной специальной педагогике и психологии.



### **8.10. Арттерапия в системе психокоррекционной помощи детям с особенностями психофизического развития**

**Арттерапия** буквально переводится как «терапия искусством». Это терапевтический метод, основанный на лечебном влиянии общения в сочетании с творчеством. Арттерапия является специализированной формой психотерапии, основанной на сильном влиянии искусства на эмоциональную и личностно-смысловые сферы человека, систему его отношений, в первую очередь искусства изобразительного, а так же творческой деятельности, связанной с изобразительным искусством.

Арттерапия возникла в 30-е годы нашего века (это понятие ввел в употребление Адриан Хилл в 1938 году при описании своей работы с туберкулезными больными в санаториях). Первые попытки использовать арттерапию для коррекции трудностей личностного развития относятся так же к 30-м годам 20-го столетия, когда арттерапевтические методы были применены в работе с детьми, испытывавшими стресс в фашистских лагерях и вывезенными в США. С тех пор арттерапия получила широкое распространение и используется как самостоятельный метод и как метод, дополняющий другие техники.

В практике арттерапии, как направления психолого-педагогической помощи детям с ОПФР, используются разнообразные **методы**, разработанные на основе методов, применяемых в психокоррекционной работе: 1) катарсис («очищение»), переживание травматических событий, реагирование на ранее подавляемые чувства (З. Фрейд); 2) метод «активного воображения», предполагающий возможность встречи и взаимодействия с символами бессознательного (К.Г. Юнг); 3) метод «общей эмоции», возникающей между психологом и клиентом (Г.С. Салливен) и др.

Современные исследователи (В.Н. Коропулина, М.Н. Смирнова, Н.О. Гордеева и др.) определяют **арттерапию** как способ и технологию реабилитации лиц с ОПФР средствами искусства и художественной деятельностью, базирующиеся на способности человека к образному восприятию окружения и упорядочиванию своих связей с ним в любой художественной, символической форме.

В работе с детьми с ОПФР специалист реализует следующие **функции**: 1) эмпатическое принятие ребенка; 2) создание благоприятной психологической атмосферы и психологической безопасности для ребенка; 3) эмоциональная поддержка ребенка; 4) постановка креативной задачи и обеспечение ее принятия ребенком; 5) тематическое структурирование задачи; 6) помощь в поиске формы выражения темы; 7) отражение и вербализация чувств и переживаний ребенка, актуализируемых в процессе рисования и опредмеченных в его продукте.

В психокоррекционной работе выделяются основные **принципы**.

**Принцип единства коррекции и развития.** Коррекционная работа осуществляется только на основе клинико-психолого-педагогического анализа внутренних и внешних условий развития ребенка, с учетом возрастных закономерностей развития и характеристики нарушений.

**Принцип единства диагностики и коррекции развития.** Цели и содержание коррекционной работы могут быть определены только на основе комплексного, системного, целостного, динамического изучения ребенка, его дифференциально-диагностического обследования.

**Принцип взаимосвязи коррекции и компенсации.** Система коррекционной работы призвана компенсировать нарушения в развитии и направлена на реабилитацию и социальную адаптацию ребенка с ОПФР.

**Принцип учета возрастных психологических и индивидуальных особенностей развития.** Определяет индивидуальный подход к ребенку и построение коррек-

ционной работы на базе основных закономерностей психического развития с учетом сензитивных периодов, понимания значения последовательных возрастных стадий для формирования личности ребенка.

**Принцип комплексности методов психолого-педагогического воздействия.** Выбор методов определяется в зависимости от целей, задач оказания помощи, возрастных и индивидуальных особенностей, условий проведения.

**Принцип личностно-ориентированного и деятельностного подхода.** Основан на признании развития личности в деятельности, а также того, что активная деятельность ребенка в рамках ведущей деятельности является движущей силой его развития.

**Принцип оптимистического подхода.** Предполагает организацию «атмосферы успеха» для ребенка, веры в ее положительный результат, утверждение этого чувства в ребенке, поощрение его малейших достижений.

**Принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к коррекционной работе с ребенком** (семьи, детского сада, школы). Ребенок развивается в целостной системе социальных отношений. Развитие ребенка происходит в системе отношений с близкими ему людьми, взрослыми.

Выделяют **два механизма психологической коррекции** с помощью арттерапии (О.А. Карабанова): 1) когда искусство позволяет в своеобразной символической форме переконструировать травмирующую ситуацию и найти выход из нее, используя креативные способности ребенка; 2) когда под воздействием искусства появляется эстетическая реакция, изменяющая действие «аффекта от мучительного к приносящему наслаждение» (Л.С. Выготский).

Использование арттерапии в специальном образовании предполагает две формы организации: **индивидуальную и групповую**. Однако, несмотря на различия, групповая и индивидуальная формы едины в том, что фокусом психокоррекционного воздействия в том и другом случаях является каждый ребенок, а не группа в целом. Форма организации определяется характером нарушений в развитии ребенка и коррекционными задачами. Если проблемы ребенка лежат в сфере эмоциональных отношений и эмоционального развития, более эффективно на начальном этапе использование индивидуальной формы арттерапии; а когда трудности в развитии ребенка концентрируются вокруг социального приспособления, то предпочтительной является групповая форма работы.

Для создания благоприятного арттерапевтического пространства используются **изобразительные средства и материалы**, среди которых называются карандаши, фломастеры, краски, гуашь, восковые мелки, свечи, тушь, пастель, соус, клейстер, сангина, художественный уголь, кисти, палитра, баночки с водой, губка, валик, бумага разных форматов, цветов и оттенков, фольга, нитки, веревки, скотч, ножницы. Иногда используется соль, песок, природный, поделочный и иные материалы для создания композиций и др.

Для организации арттерапевтической работы используются различные **способы действия** с художественными материалами: 1) манипуляции с целью исследования физических свойств материалов; деструктивные действия, в результате, которых ребенок может рвать бумагу, портить карандаши, разливать воду, краску и др.; 2) стереотипное воспроизведение одних и тех же рисунков, действий; 3) рисование графических пиктограмм; 4) создание художественных образов, отвечающих потребности ребенка в самовыражении и коммуникации с окружающими.

В арттерапевтической работе с детьми с ОПФР наряду с общепризнанными арттерапевтическими техниками рекомендуют использовать нетрадиционные художественные техники рисования (рисование пальцами, ладошкой, нитками, с помощью соли, рисование под музыку, методом напыления, оттиск пробкой, пенопластом, монотипия, кляксография и др.).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

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

Содержание издания раскрывается в лекционном материале, при этом дается тестовый контроль, предлагаются вопросы и задания по закреплению темы и список литературы, подлежащий изучению. В работе содержатся интернет-адреса информационных ресурсов, где может быть найдена информация по достаточно широкому спектру вопросов специальной психологии, глоссарий (тезаурус) основных категорий и понятий, методические рекомендации по организации и психолого-педагогической диагностике лиц с ОПФР и предлагаемые методики для диагностики, кодификация нарушений психофизического развития в МКБ-10.

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

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья / Л.И. Акатов. – М.: Академия, 2004. – 354 с.
2. Ануфриев, А.Ф. Как преодолеть трудности в обучении детей / А.Ф. Ануфриев, С.Н. Костромина. – М.: «Ось-89», 1999. – 224 с.
3. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности / Булахова Л.А. [и др.]; под ред. И.А. Полищука и А.Е. Видренко. – М.: Киев: Здоровье, 1980. – 156 с.
4. Блинова, Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития. – М.: Изд-во НИЦ ЭНАС, 2006. – 136 с.
5. Богданова, Т.Г. Сурдопсихология / Т.Г. Богданова. – М.: Академия, 2002.
6. Варенова, Т.В. Теория и практика коррекционной педагогики / Т.В. Варенова. – Мн.: ООО «Асар», 2003. – 288 с.
7. Власенко, И.Т. Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи / И.Т. Власенко. – М.: Педагогика, 1990. – 184 с.
8. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития; под ред. И.М. Бгажноковой. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 239 с.
9. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – М.: Лабиринт, 1996. – 416 с.
10. Выготский, Л.С. Основы дефектологии. Собрание сочинений / Л.С. Выготский. – М.: Просвещение, 1983. – Т. 5.
11. Глухов, В.П. Основы коррекционной педагогики и специальной психологии: уч.-метод. пос. для пед. и гуманитарных вузов / В.П. Глухов. – М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2007. – 311 с.
12. Государев, Н.А. Специальная психология / Н.А. Государев. – М.: Ось-89, 2008. – 288 с.
13. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология»; сост. Н.Д. Соколова, Л.В. Калининкова. – М.: ООО «Аспект», 2005. – 448 с.
14. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития; под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Полиграф сервис, 1998. – 336 с.
15. Детская логопсихология; под ред. В.И. Селиверстова. – М.: ВЛАДОС, 2008. – 175 с.
16. Детская психология / под ред. Я.Л. Коломенского, Е.А. Панько. – Мн.: Университетское, 1988. – 399 с.
17. Егорова, Т.В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии / Т.В. Егорова. – М.: Педагогика, 1973. – 149 с.
18. Ермаков, В.П. Основы тифлопедагогики: Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 240 с.
19. Жигорева, М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь / М.В. Жигорева. – М.: Академия, 2006. – 240 с.
20. Забрамная, С.Д. Отбор умственно отсталых детей в специальные учреждения / С.Д. Забрамная. – М.: Просвещение, 1988. – 96 с.
21. Калягин, В.А. Логопсихология / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – М.: Академия, 2006. – 320 с.
22. Калягин, В.А. Психолого-педагогическая диагностика детей и подростков с речевыми нарушениями с нарушениями речи / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО. – 2005. – 288 с.

23. Калягин, В.А. Энциклопедия методов психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО. – 2004. – 432 с.
24. Кисова, В.В. Практикум по специальной психологии / В.В. Кисова, И.А. Колева. – СПб.: Речь, 2006. – 352 с.
25. Кодекс Республики Беларусь об образовании. – Мн.: РИВШ, 2011. – 352 с.
26. Контрольные задания по курсу «Специальная психология» // Сборник контрольных заданий по коррекционной педагогике и психологии / авт.-сост. Н.С. Вислобокова, Л.Н. Абрамова, О.Е. Антипенко, С.В. Лауткина; под общ. ред. С.Л. Богомаза. – Витебск: УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2007. – С. 5–25.
27. Контрольные задания по курсу «Специальная психология» // Сборник контрольных заданий по психологическим дисциплинам / авт.-сост. Н.С. Вислобокова, С.В. Лауткина; под общ. ред. С.Л. Богомаза. – Витебск: УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2009. – С. 7–23.
28. Корнев, А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А.Н. Корнев. – СПб.: Речь, 2006. – 380 с.
29. Коррекционная педагогика и специальная психология: Словарь / сост. Н.В. Новоторцева. – Яр., 1999. – 144 с.
30. Коррекционно-педагогическая работа в домах-интернатах для детей с умственным и физическим недоразвитием: учеб.-метод. пособие для педагогов / И.К. Боровская и [и др.]; под ред. Т.В. Лисовской. – Минск: Четыре четверти, 2010. – 392 с.
31. Лауткина, С.В. Основы коррекционной педагогики: курс лекций / С.В. Лауткина. – Витебск: УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2008. – 211 с.
32. Лауткина, С.В. Успеваемость младших школьников: психолого-педагогический аспект / С.В. Лауткина. – Витебск: Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006. – 114 с.
33. Левченко, И.Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И.Ю. Левченко, Н.А. Киселева. – М.: Изд-во «Книголюб», 2008. – 160 с.
34. Литвак, А.Г. Психология слепых и слабовидящих / А.Г. Литвак. – СПб.: Каро, 2006. – 336 с.
35. Логопедия: учебник для вузов / Л.С. Волкова [и др.]; под ред. Л.С. Волковой. – 5-е изд., доп. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 703 с.
36. Логопсихология: учеб.-мет. пособие / авт.-сост. С.В. Лауткина. – Витебск: УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2007. – 173 с.
37. Локалова, Н.П. Как помочь слабоуспевающему школьнику. Психодиагностические таблицы: причины и коррекция трудностей при обучении младших школьников русскому языку, чтению и математике / Н.П. Локалова. – 3-е изд. – М.: «Ось-89», 2003. – 96 с.
38. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
39. Мамайчук, И.И. Динамика некоторых видов познавательной деятельности дошкольников с церебральным параличом / И.И. Мамайчук // Дефектология. – 1976. – № 3. – С. 29–35.
40. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь. – 2001. – 219 с.
41. Мастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии; под ред. В.И. Селиверстова / А.М. Мастюкова, А.Р. Московкина. – М.: Академия, 2003.
42. Мастюкова, Е.М. Исследование структуры интеллектуальных нарушений у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова, Л.И. Переслени, М.С. Певзнер // Дефектология. – 1988. – № 4. – С. 12–17.

- 43.** Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии и МКБ 10. – СПб.: Речь, М.: Смысл, 2003. – 407 с.
- 44.** Образовательная интеграция и социальная адаптация лиц с ограниченными возможностями: пособие для учителей, психологов и родителей детей с ограниченными возможностями / А.Н. Коноплева [и др.]; науч. ред. Т.Л. Лещинская. – Мн., 2005.
- 45.** Обучение детей с выраженным недоразвитием интеллекта; под ред. И.М. Бгажноковой. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 181 с.
- 46.** Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации; научн. ред. С.Е. Гайдукевич. – Мн: УО «БГПУ им. М. Танка», 2007. – 144 с.
- 47.** Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: учеб. пособие / Т.В. Волосовец [и др.]; под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Академия, 2000. – 200 с.
- 48.** Основы специальной педагогики и психологии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н.М. Трофимова [и др.]. – СПб.: Питер, 2005; 2006. – 304 с.: ил.
- 49.** Основы специальной психологии; под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Академия, 2002. – 480 с.
- 50.** Пожар, Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология / Л. Пожар. – М.: Воронеж, 1996. – 128 с.
- 51.** Психологические особенности детей и подростков с проблемами в развитии. Изучение и психокоррекция; под ред. проф. У.В. Ульенковой. – СПб.: Питер, 2007. – 304 с.
- 52.** Психолого-педагогическая диагностика / И.Ю. Левченко и др.; под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М.: Академия, 2003. – 320 с.
- 53.** Ранняя комплексная помощь детям с особенностями психофизического развития / авт.-сост. С.В. Лауткина. – Витебск: УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2011. – 47 с.
- 54.** Саенко, Ю.В. Специальная психология / Ю.В. Саенко. – М.: Академический Проект, 2006. – 182 с.
- 55.** Сборник контрольных заданий по коррекционной педагогике и психологии / авт.-сост. Н.С. Вислобокова и др.; под общ. ред. С.Л. Богомаза. – Витебск: Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2007. – 121 с.
- 56.** Семаго, Н. Теория и практика оценки психического развития ребенка: дошкольный и младший школьный возраст / Н. Семаго, М. Семаго. – СПб.: Речь, 2005.
- 57.** Семаго, Н.Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго.– М.: АРКТИ, 2003. – 208 с.
- 58.** Семейное воспитание детей с нарушениями речи / авт.-сост. Н.В. Дроздова. – Минск: БГПУ, 2006. – 40 с.
- 59.** Слепович, Е.С. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии / Е.С. Слепович, А.М. Поляков. – СПб.: Речь, 2008. – 247 с.
- 60.** Солнцева, Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста / Л.И. Солнцева. – М., 1998.
- 61.** Сорокин, В.М. Практикум по специальной психологии / В.М. Сорокин, В.Л. Кокоренко; под ред. Л.М. Шипициной – СПб.: Речь, 2003. – 122 с.
- 62.** Сорокин, В.М. Специальная психология / В.М. Сорокин; под ред. Л.М. Шипициной. – СПб.: Речь, 2003. – 216 с.
- 63.** Специальная психология / сост. Е.С. Слепович [и др.]. – Мн.: БГПУ, 2005. – 95 с.
- 64.** Специальная психология; под ред. В.И. Лубовского. – М.: Академия, 2003. – 464 с.

65. Тригер, Р.Д. Психологические особенности социализации детей с задержкой психического развития. – СПб.: Питер, 2008. – 192 с.
66. Трошин, О.В. Логопсихология / О.В. Трошин, Е.В. Жулина. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 256 с.
67. Усанова, О.Н. Специальная психология / О.Н. Усанова. – СПб.: Питер, 2008. – 400 с.: ил.
68. Худик, В.А. Психология аномального развития личности в детском и подростково-юношеском возрасте / В.А. Худик. – Киев, 1993. – 144 с.
69. Цветкова, Л.С. Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности / Л.С. Цветкова. – М.: Просвещение. – АО «Учеб. лит.», 1995. – 304 с.
70. Шаповал, И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития: учеб. пособие / И.А. Шаповал. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 320 с.
71. Шаповал, И.А. Специальная психология / И.А. Шаповал. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 224 с.
72. Шипицына, Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л.М. Шипицына. – СПб.: Речь, 2005.
73. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – М.: Академия, 2004.
74. Юсупова, Г.Ф. Психокоррекционная работа по преодолению личностных нарушений у дошкольников с общим недоразвитием речи / Г.Ф. Юсупова // Специальная психология. – 2007. – № 3 (13). – С. 54–63.
75. Ясюкова, Л.А. Психологическая профилактика проблем в обучении и развитии школьников / Л.А. Ясюкова. – СПб.: Речь, 2003. – 384 с.

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ ИНТЕРНЕТА

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ГЛОССАРИЙ

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

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

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

**Адекватность** – тождественность, соответствие.

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

**Амнезия** – расстройство памяти, неспособность к воспоминанию.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Гетерохронность развития** – закономерная разновременность формирования и развития психических функций.

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

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

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

**Гнозис** – восприятие.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Диссоциация** – нарушение взаимосвязи психических процессов.

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

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

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

**Диффузный** – распространенный, рассеянный в разные стороны.

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

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

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

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

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

**Инертность** – низкая подвижность нервных процессов, трудности переключения.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Модальность** – одно из основных свойств, существенная качественная характеристика.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Общение** – обмен информацией между людьми, их взаимодействие.

**Одаренность** – наличие у человека задатков к развитию способностей.

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

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

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

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

**Парциальный** – частичный, относящийся к отдельным частям.

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

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

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

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

**Праксис** – способность к выполнению целенаправленных автоматизированных двигательных актов.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Распад психической функции** – грубая дезорганизация функции, ее выпадение.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Самооценка** – оценка человеком собственных качеств, достоинств и недостатков.

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



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

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

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

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

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

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

**Соматический** – телесный.

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

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

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

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

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

**Тотальный** – полный, всеохватывающий, всеобъемлющий.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Эмпирический** – основанный на чувственном познании, практическом опыте.

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

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

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

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

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### ПРИЛОЖЕНИЕ А

#### КОДИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В МКБ-10

(Извлечения из Методических рекомендаций по использованию Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра в диагностической деятельности центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации / Минск, 2002)

##### **I. (F70-F79) – Умственная отсталость**

Умственная отсталость – (интеллектуальная недостаточность)

F70 – умственная отсталость легкой степени

F71 – умственная отсталость умеренная

F72 – умственная отсталость тяжелая

F73 – умственная отсталость глубокая

F78 – другие формы умственной отсталости

F79 – умственная отсталость неуточненная

МКБ-10	Степень умственной отсталости	Коэффициент интеллектуального развития (IQ)	Интеллектуальная недостаточность
F70	легкая	50–69	легкая
F71	умеренная	35–49	умеренная
F72	тяжелая	20–34	тяжелая
F73	глубокая	ниже 20	глубокая

##### **II. (F80-F89) – Расстройства психологического развития**

F80 – специфические расстройства развития речи и языка

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

Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Проявляется в неправильном звуковом оформлении речи: в искаженном произнесении звуков, в их заменах, смешении, пропусках. Формирование нормального звукопроизношения у детей происходит до четырех-пяти лет. После четырех-пяти лет при нарушении произношения оказывается логопедическая помощь. В зависимости от причин возникновения дефекта звукопроизношения выделяются механическая (органическая) и функциональная дислалии.

Механическая дислалия – нарушение звукопроизношения, обусловленное анатомическими дефектами периферического аппарата речи (органов артикуляции): неправильный прикус, неправильное строение зубов, неправильное строение твердого неба, укороченная подъязычная связка и др. Может встречаться в любом возрасте.

Функциональная дислалия – нарушение звукопроизношения при отсутствии органических нарушений (периферически и центрально обусловленных), возникает в детском возрасте в процессе усвоения системы звукопроизношения. Функциональные дислалии могут быть разных форм:

- ♦ акустико-фонематическая связана с недостаточной сформированностью фонематического слуха;
- ♦ артикуляторно-фонематическая обусловлена несформированностью операций отбора фонем по их артикуляторным признакам;
- ♦ артикуляторно-фонетическая связана с неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями.

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

Моторная (экспрессивная) алалия – отсутствие или недоразвитие экспрессивной (активной) речи при достаточно сохранном понимании речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития речи. Моторная алалия представляет собой языковое расстройство. Ядром нарушения является несформированность языковых операций производства высказывания (лексических, грамматических, фонетических) при относительной сохранности смысловых и моторных операций порождения речевого высказывания. При моторной алалии у детей не формируются операции программирования, отбора, синтеза языкового материала в процессе порождения языкового высказывания. Моторную алалию вызывает комплекс различных причин эндогенного и экзогенного характера. Основное место в нем принадлежит вредностям, которые действуют в период беременности и родов и вызывают органическое порождение мозга (токсикоз, различные соматические заболевания матери, патологические роды, родовая травма, асфиксия). В современной логопедии установлено, что при моторной алалии наблюдается не резко выраженное, но множественное поражение коры головного мозга обоих полушарий.

Основными проявлениями моторной алалии являются:

- ♦ задержка темпа нормального усвоения языка (первые слова появляются в два-три года, фразы – к трем-четырем годам, у некоторых наблюдается полное отсутствие речи до четырех-пяти и более лет);
- ♦ патологическое усвоение языка;
- ♦ наличие в той или иной степени выраженности нарушений всех подсистем языка (лексических, синтаксических, морфологических, фонематических, фонетических);
- ♦ удовлетворительное понимание обращенной речи (в случае грубого недоразвития речи могут наблюдаться трудности в понимании сложных конструкций, различных грамматических форм, но при этом понимание обиходно-бытовой речи всегда сохранно).

В связи с этим выделяют три уровня речевого развития при моторной алалии (Р.Е. Левина, 1969):

- ♦ первый уровень (ОНР I ур. р. р.) характеризуется отсутствием устной речи или лепетным ее состоянием;
- ♦ второй уровень (ОНР II ур. р. р.) характеризуется осуществлением общения посредством использования постоянного, хотя искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов;
- ♦ третий уровень (ОНР III ур. р. р.) характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

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

Сенсорная алалия – нарушение понимания речи (импрессивной речи) вследствие органического поражения головного мозга, что возникает при преимущественном поражении височной доли доминантного полушария. Сенсорная алалия характеризуется нарушением понимания речи при сохранном элементарном слухе и первично сохранном интеллекте. При сенсорной алалии наблюдается недостаточность анализа и синтеза звуковых раздражителей, поступающих в кору головного мозга, как следствие этого не формируется связь между звуковым комплексом и обозначаемым им предметом. Ребенок слышит, но не понимает обращенную речь, т. к. у него не развиваются слухоречевые дифференцировки в воспринимающем механизме речи. При сенсорной алалии отмечается недостаточность более высокого уровня слухового восприятия – нарушение слухового гнозиса. В грубых случаях ребенок совсем не понимает речи окружающих,

не дифференцирует шумы неречевого характера. В других случаях ребенок понимает отдельные обиходные слова, но теряет их значение на фоне развернутого высказывания, в более легких случаях ребенок относительно легко выполняет простые задания, но не понимает слова, инструкции вне конкретной ситуации.

При сенсорной алалии всегда грубо искажена и экспрессивная сторона речи. Наблюдается феномен отчуждения смысла слов, эхолалия, т.е. повторение услышанных слов или коротких фраз без осмысления, иногда – бессвязное воспроизведение всех известных ребенку слов (логоррея). Характерна повышенная речевая активность на фоне пониженного внимания к речи окружающих и отсутствия контроля за своей речью. Как правило, дети с сенсорной алалией лучше воспринимают речь, произнесенную тихим голосом.

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

Детская афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальным поражением головного мозга (травмами, воспалительными процессами или инфекционными заболеваниями головного мозга, возникающими после трех-пяти лет). Характер речевого нарушения во многом зависит от возраста ребенка и от степени сформированности речи до момента поражения. В дошкольном возрасте не отмечается того многообразия форм афазий, что у взрослых. Афазия у детей чаще всего носит сенсомоторный характер, при котором системно нарушаются все виды речевой деятельности. При возникновении локальных поражений в подростковом возрасте клиническая картина во многом напоминает афазия у взрослых, здесь симптоматика более разнообразна.

F80.8 – другие расстройства речи и языка

F80.9 – расстройства развития речи и языка неуточненные – (неосложненный вариант общего недоразвития речи (ОНР невыясненного патогенеза))

Общее недоразвитие речи – речевое расстройство, при котором нарушено формирование всех компонентов речевой системы (фонетической, фонематической, лексико-грамматической), относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте.

Симптоматика ОНР включает позднее начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизм, дефекты произношения и фонемообразования. Это недоразвитие может быть выражено в разной степени. Выделены (Р.Е. Левина, 1969) три уровня речевого развития:

- ♦ первый уровень (ОНР I ур.) характеризуется отсутствием речевых средств общения или лепетным ее состоянием;
- ♦ второй уровень (ОНР II ур.) характеризуется осуществлением общения посредством использования постоянного, хотя искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов, понимание обиходной речи достаточно развито;
- ♦ третий уровень (ОНР III ур.) характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития; условная верхняя граница III уровня определяется как нерезко выраженное общее недоразвитие речи (НВОНР).

Методика коррекционно-педагогической работы основывается также на определении клинического вида общего недоразвития речи. Учет уровня развития речи имеет принципиальное значение для построения коррекционного образовательного маршрута ребенка с ОНР (в том числе для выбора типа коррекционного учреждения, формы и продолжительности занятий и т. п.). В теории и практике логопедии ОНР рассматривается в двух значениях:

1. ОНР как самостоятельная форма расстройства речи. Данный вариант кодифицируется как F80.9.

2. ОНР как сопутствующие речевые расстройства, наблюдаемые при различных по механизмам формам речевых нарушений: моторной алалии (F80.1), сенсорной алалии (F80.2), детской афазии (F80.3), дизартрии (R47.1), ринолалии (R49.2), которые исключаются при кодификации по МКБ-10 из F80.9. Логопедическое заключение в этом случае включает определение симптоматики речевых расстройств и форму нарушений речи: например, моторная алалия (III ур. р. р.); ОНР (III ур.) у ребенка с псевдобульбарной дизартрией.

F81 – специфические расстройства развития учебных навыков

F81.0 – специфическое расстройство чтения – (дислексия)

Дислексия – частичное специфическое нарушение процесса чтения, проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Симптоматика дислексий разнообразна и помимо описанных в МКБ-10 пропусков, замен, перестановок, искажений букв, слов, трудностей в понимании прочитанного включает аграмматизм при чтении; трудности усвоения и смешения сходных графически букв и др.

Для построения эффективного коррекционного воздействия логопед диагностирует вид нарушения чтения. В отечественной логопедии используется классификация дислексий Р.И. Лалаевой. С учетом нарушенных операций процесса чтения выделяют 6 форм дислексий.

Фонематическая – связана с недоразвитием фонематической системы, звукобуквенного анализа.

Семантическая – проявляется в нарушении понимания прочитанного при технически правильном чтении.

Аграмматическая – обусловлена несформированностью грамматической стороны устной речи, что проявляется в ошибках грамматического характера при чтении.

Мнестическая – проявляется в трудностях сопоставления букв со звуками, запоминании букв, а также в их недифференцированных заменах при чтении.

Оптическая – связана с трудностями усвоения графически сходных букв, с их смешениями и взаимными заменами, а также с «зеркальным чтением».

Тактильная – проявляющаяся в трудностях дифференциации тактильно воспринимаемых букв азбуки Брайля у слепых детей.

Возможно сочетание различных форм дислексии (например, фонематическая и аграмматическая).

Логопедическое заключение включает указание на форму дислексии и соотнесенность ее с видом нарушений устной речи, например, (F81.0, F80.0) фонематическая дислексия у ребенка с акустико-фонематической дислалией.

Примечание. В F81.0 МКБ-10 включаются также нарушения спеллингования в сочетании с расстройством чтения.

Таким образом, F81.0 кодифицирует:

- ♦ дислексия – F81.0;
- ♦ дисграфия в сочетании с дислексией – F81.0.

В последнем случае в логопедическом заключении указывается вид нарушений чтения и письма и их соотнесенность с состоянием устной речи, например, фонематическая дислексия, дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза у учащегося с ОНР (III ур.).

F81.1 – специфическое расстройство спеллингования – (дисграфия)

Дисграфия – частичное специфическое (т.е. не связанное с применением орфографических правил) нарушение процесса письма, при котором наблюдаются стойкие и повторяющиеся ошибки: искажения и замены букв, искажения звуко-слоговой структуры слова, нарушения слитности написания отдельных слов в предложении, аграмматизм на

письме. Возникновение этих ошибок не связано с нарушениями интеллектуального или сенсорного развития ребенка или с нерегулярностью его школьного обучения.

С учетом несформированности определенных операций письма выделяются 5 форм дисграфии.

Артикуляторно-акустическая – в основе лежит отражение неправильного произношения в письме.

Акустическая (дисграфия на основе нарушений фонемного распознавания) – проявляется в заменах букв, соответствующих фонетически близким звукам, при правильном произнесении звуков в устной речи.

Дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза – проявляется в искажениях структуры слова и предложения.

Грамматическая – связана с недоразвитием грамматического строя речи.

Оптическая – проявляется в искажениях и заменах букв на письме вследствие недоразвития зрительного гнозиса, анализа и синтеза, пространственных представлений; к оптической дисграфии относится и зеркальное письмо.

Возможно сочетание различных форм дисграфии (например, дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза и акустическая дисграфия или акустическая и артикуляторно-акустическая дисграфия).

Дисграфия может сочетаться с другим нарушением письма – дизорфографией (Корнев А.Н., 1997; Прищепова И.В., 1993 и др.). Дизорфография – специфическое сложное и стойкое нарушение письма, проявляющееся в неспособности освоения орфографических знаний, умений и навыков. Симптоматика дизорфографий включает разнообразие ошибок на основе невозможности овладения морфологическим и традиционным принципами написания, а также правилами графики и пунктуации.

Логопед диагностирует вид нарушений письма, что позволяет выбрать направление коррекционного воздействия. Логопедическое заключение включает указание и на соотношенность расстройств письма с нарушениями устной речи. Например, грамматическая дисграфия у ребенка с лексико-грамматическим недоразвитием речи; смешанная дисграфия с ведущей дисграфией на почве нарушения языкового анализа и синтеза с элементами аграмматической и оптической и дизорфография у ученика с моторной алалией (III ур. р. р.).

Примечание. В F81.1 включается «чистое» расстройство спеллингования, т.е. дисграфия, которой не сопутствуют серьезные затруднения в чтении. При сочетании дислексии и дисграфии используется шифр F81.0.

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

Дискалькулия – частичное расстройство способности производить арифметические действия.

Расстройство включает в себя специфическую недостаточность навыков счета, которая не может быть объяснена умственной отсталостью или неадекватным обучением в школе. Недостаточность касается прежде всего умения производить основные арифметические действия сложения, вычитания, умножения, деления, а не только таких более абстрактных математических действий, какие необходимы в алгебре, тригонометрии, геометрии или при вычислениях.

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

Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. Неблагоприятные условия среды, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к

нарушениям вегетативной нервной системы и психических процессов, а также эмоционального развития.

Имеет место значительная недостаточность как арифметических навыков, так и навыков чтения и правописания, которая не может быть объяснена умственной отсталостью или неадекватным обучением в школе.

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

F82 – специфические расстройства развития моторной функции

Расстройство, главной чертой которого является значительное снижение моторной координации и которое не может быть объяснено исключительно обычным интеллектуальным отставанием или каким-либо специфическим врожденным или приобретенным неврологическим нарушением.

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

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

R47.0 – дисфагия и афазия – (афазия)

Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная очаговыми (локальными) поражениями головного мозга. При афазии отмечается нарушение собственной речи и вербального общения, нарушение других психических процессов, изменения личности, личностная реакция на болезнь. Причинами могут выступать травмы, инфекционные заболевания, опухоли головного мозга, нарушения мозгового кровообращения. В настоящее время выделяется 6 форм афазий (сенсорные – акустико-мнестическая, акустико-гностическая; моторные – афферентная и эфферентная: афазии, связанные с поражением более высоких уровней построения речи – динамическая и семантическая).

Акустико-гностическая афазия – связана с поражением речеслухового анализатора (задней трети верхней височной извилины левого полушария, зоны Вернике). Центральный механизм – нарушение акустического анализа и синтеза звуков речи, что приводит к грубому нарушению понимания речи, трудностям поиска звукового оформления слова. Наблюдается феномен отчуждения смысла слов, литеральные и вербальные парафазии, грубые нарушения слухо-речевой памяти, которые приводят к нарушению письма, чтения и счета. Нарушаются все функции речи, кроме ее эмоционально-выразительных компонентов.

Акустико-мнестическая афазия – связана с поражением средних и задних отделов височной области. Центральный дефект – нарушение слухо-речевой памяти, сужение объема акустического восприятия, что приводит к нарушению понимания речи. В устной речи наблюдается большое количество вербальных парафазий, трудности поиска, выбора слова из семантического поля (отчуждение смысла слова).

Моторная афферентная афазия – связана с поражением речедвигательного анализатора (задних постцентральных отделов двигательного анализатора: нижнетеменных отделов). Центральный механизм – нарушение кинестетических ощущений, что приводит к трудностям в нахождении нужной артикуляционной позиции. В речи это выражается в многочисленных заменах звуков, трудностях дифференциации фонем по артикуляторным признакам, что приводит к грубому нарушению устной речи (ее полное отсутствие, или обилие литеральных парафазий) и вторичному нарушению понимания речи.

Моторная эфферентная афазия – возникает при поражении заднелобных отделов коры головного мозга (зоны Брока). Центральный механизм – патологическая инертность раз возникших стереотипов, что приводит к нарушению своевременного пере-



ключения с одних серий артикуляционных движений на другие. Главным образом страдает связное линейное развертывание высказывания. Отмечаются персеверации, многочисленные эмболы и штампы, грубые нарушения просодических компонентов. Речь аграмматична, присутствует телеграфный стиль, нарушено чтение и письмо. Первично понимание речи не нарушено, но присутствуют трудности переключения слухового внимания.

Семантическая афазия – возникает при поражении теменно-затылочной зоны коры левого полушария. Центральный дефект – нарушение понимания логико-грамматических конструкций. Отсутствует грубое нарушение экспрессивной речи, понимание просто построенной обращенной речи не страдает, нет нарушений чтения и письма. Отмечаются трудности ориентации в пространстве, нарушение схемы тела, пространственные и конструктивные апраксии, астереогноз, симультанные агнозии, нарушается восприятие предлогов, понимание сравнительных, инверсионных и сложных логико-грамматических конструкций. В экспрессивной речи отмечено ограничение числа сложных логико-грамматических оборотов, сложных предлогов, использование слов с простым значением.

Динамическая афазия – возникает при поражении отделов мозга, расположенных впереди от зоны Брока и дополнительной речевой зоны Пенфилда. Центральный дефект – нарушение высказывания на уровне внутренней речи (нарушение ее предикативности). Характерно отсутствие активной речи, замещение ее шаблонами, короткая рубленая фраза, нарушение предикативности речи, снижение общей и психической активности, отсутствие вербальной активности. Отсутствует грубый аграмматизм и телеграфный стиль, отмечается тенденция к редукции сложных грамматических и синтаксических структур. Письмо и чтение сохранно.

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

Дизартрия (анартрия) – нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. При тяжелой степени выраженности отмечается полная неподвижность артикуляционной мускулатуры (анартрия). Выделяют 5 форм дизартрии.

Бульбарная дизартрия – возникает при поражении ряда ядер черепно-мозговых нервов, расположенных в продолговатом мозгу (5, 7, 9, 10, 12 пары). В результате развиваются бульбарные параличи мышц лица, глотки, гортани, дыхательного и артикуляционного аппарата. В симптоматике: голос слабый, глухой, истощающий, с гнусавым оттенком, возможно наличие афонии, гласные и звонкие согласные оглушаются, заменяются щелевыми, речь замедленная, утомляющая ребенка.

Псевдобульбарная дизартрия – возникает в результате двустороннего поражения надъядерных пирамидных путей (9, 10, 12 пары). Развиваются псевдобульбарные параличи. Для псевдобульбарной дизартрии характерно повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре по типу спастичности (спастическая форма псевдобульбарной дизартрии), реже наблюдается понижение мышечного тонуса (паретическая форма псевдобульбарной дизартрии). В обоих случаях наблюдаются нарушения общей моторики, мелкой моторики рук, выраженные нарушения артикуляционной моторики (наиболее нарушены произвольные движения), в тяжелых случаях – полное отсутствие движений артикуляционного аппарата, при паретической форме отмечается явление гиперсаливации, гипомимии и амимии лица. Звукопроизношение нарушено полиморфно, часто наблюдается задержка речевого развития. Обращенную речь ребенок понимает, словарь и фразовая речь – недостаточны.

К легкой степени псевдобульбарной дизартрии относится и стертая форма дизартрии, которая характеризуется незначительными парезами отдельных мышечных групп, нечеткостью произношения, смазанностью речи, просодическими расстройствами.

Подкорковая дизартрия (экстрапирамидная, гиперкинетическая) – возникает при поражении корковых узлов стриополлидарной системы. Отмечаются повышение мышечного тонуса, его меняющийся характер, наличие гиперкинезов, которые усиливаются под воздействием внешних условий и в эмоционально напряженной обстановке. Страдают жевание, глотание и дыхательная функция. Для речи характерно наличие стабильности артикуляционных нарушений. Темп речи ускорен, отсутствует плавность и мелодичность речи.

Мозжечковая дизартрия – возникает при поражении мозжечка и приводящих мозжечковых путей. Отмечается расстройство координации движений, нарушение чувства равновесия, асинхронность между дыханием, фонацией и артикуляцией. Тонус артикуляционной мускулатуры понижен. Нарушается ритмико-мелодическая характеристика речи – речь скандированная, отрывистая, голос затухает к концу фразы.

Корковая дизартрия (афферентная и эфферентная) – связана с поражением отдельных участков коры головного мозга. Основным симптомом – нарушение орального праксиса. Речь характеризуется многообразными заменами звуков, отмечаются трудности переключения с одного звука на другой. Голос звонкий, дыхание не нарушено, темп и плавность речи незначительно нарушены.

Учет разных форм дизартрии необходим для осуществления дифференцированного коррекционного воздействия. В логопедическом заключении необходимо указать симптоматику речевых расстройств, а именно, какой компонент речи нарушен – фонетический дефект, фонетико-фонематическое недоразвитие, общее недоразвитие речи. Например, стертая форма дизартрии, ФФН; псевдобульбарная дизартрия, ОНР (III ур.р.р.).

R49.0 – дисфония – (дисфония)

Дисфония – расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Дисфония проявляется в нарушении высоты, силы и тембра голоса. При этом отмечаются голосовое утомление и целый ряд субъективных неприятных ощущений: помехи, комки в гортани, налипание пленок, постоянное першение с потребностью откашляться, давление, боли: голос приобретает сильную охриплость и осиплость. Дисфония может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной и периферической локализации.

Выделяют:

- ♦ функциональную дисфонию, связанную с повышением или понижением тонуса гортанных мышц в момент фонации (гипертонусные и гипотонусные дисфонии);
- ♦ органическую дисфонию, связанную с воспалительными или какими-либо анатомическими изменениями гортани (дисфония при параличах и парезах центрального и периферического характера; дисфония при хронических ларингитах; дисфония при новообразованиях (узелки, папилломы, фибромы); дисфония при кровоизлияниях голосовых складок; дисфония после удаления новообразований; дисфония при профессиональном трахеите).

R49.1 – афония – (афония)

Афония – полное отсутствие фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Афония проявляется в полной утрате голоса, нарушении функции дыхания, рефлекторном кашле.

Афония может быть:

- ♦ функционального характера – вследствие нарушения тонуса гортанных мышц в момент фонации (гипотонусная и гипертонусная афония): вследствие психотравмирующей ситуации у лиц истерического типа (психогенная, или истерическая афония);
- ♦ органического характера – вследствие воспалительных или каких-либо ана-

томических изменений гортани (афония при параличах и парезах центрального и периферического характера, афония при хронических ларингитах, афония при новообразованиях гортани, афония при кровоизлиянии голосовых складок, афония при профессиональном трахеите).

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

Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. В зависимости от характера нарушения функции небно-глоточного смыкания выделяют открытую и закрытую формы ринолалии.

Открытая ринолалия – нарушение тембра и звукопроизношения всех ротовых гласных и согласных звуков (звуки приобретают сильный носовой оттенок в силу того, что проход в носовую полость оказывается постоянно открытым). Открытая ринолалия в зависимости от причин, ее вызвавших, разделяется на:

- ♦ органическую открытую ринолалию на почве врожденных небных расщелин;
- ♦ органическую открытую ринолалию на почве параличей и парезов мягкого неба;
- ♦ функциональную открытую ринолалию, обусловленную пониженным мышечным тонусом мягкого неба при фонации у ослабленных и астеничных детей.

Закрытая ринолалия – нарушение тембра и звукопроизношения носовых звуков, обусловленное направленностью речевого выхода только через рот при всех звуках, в силу того, что проход в носовую полость оказывается постоянно закрытым. Закрытая ринолалия бывает:

- ♦ органической закрытой, обусловленной анатомическими дефектами областей зева, носа (передняя закрытая), носоглотки (задняя закрытая), в результате чего вход в носовую полость оказывается постоянно закрытым;
- ♦ функциональной закрытой, обусловленной повышенным тонусом мышц мягкого неба (мягкое небо всегда приподнято и преграждает путь воздушной струи в нос).

Учет разных форм ринолалии необходим для осуществления дифференцированного коррекционного воздействия. В логопедическом заключении необходимо учитывать комплекс симптомов, т. е. какой компонент речи нарушен – фонетический дефект, фонетико-фонематическое недоразвитие, общее нарушение речи. Например, открытая ринолалия, фонетический дефект; открытая ринолалия, осложненная ОНР (III ур. р. р.).

F98.5 – заикание – (заикание)

Заикание – расстройство темпа, ритма и плавности речи, обусловленное возникновением судорожных спазмов в мышцах, которые участвуют в акте речи. Основным феноменом заикания – судорога.

Симптоматику заикания представляют две группы симптомов: биологические (физиологические) и социальные (психологические).

К физиологическим симптомам относятся судороги, нарушения центральной нервной системы, физическая ослабленность, нарушения общей речевой моторики. Судороги различают: по форме (тонические, клонические, смешанные); по локализации (дыхательные, голосовые, артикуляционные, смешанные).

К психологическим симптомам относятся речевые запинки, другие сопутствующие речевые нарушения (дислалия, дизартрия, ОНР, дислексия, дисграфия), фиксированность на дефекте, уловки, логофобия. По степени фиксации на речевом дефекте всех заикающихся принято делить на три группы: при нулевой степени фиксации заикающиеся не фиксируют внимания на дефекте, не замечают заикания, не испытывают от него затруднений; при умеренной степени – заикающиеся знают о своем дефекте, испытывают ряд неудобств, пытаются замаскировать речь с помощью уловок, но фикса-

ция внимания на речевом дефекте не выходит за рамки отношения любого человека к своим недостаткам; при выраженной степени – у заикающихся отмечается постоянная, болезненная фиксация на речевом дефекте, вследствие чего происходит ряд патологических изменений личности, поведения.

Выделяют три степени заикания: легкую, среднюю (умеренную), тяжелую (высокую).

В современной логопедии выделяют две формы заикания: невротическую и неврозоподобную. Невротическое заикание возникает после психотравмы (острой или длительно действующей) у ребенка проявлениями врожденной невропатии (боязливо-го, легко ранимого) чаще в возрасте от двух до пяти лет. При этом не наблюдается нарушений общей и речевой моторики, речь развивается в соответствии с возрастной нормой. При невротической форме заикание носит волнообразный характер, значительное место занимает логофобический синдром, который с годами нарастает. Неврозоподобное заикание возникает на фоне раннего диффузного органического поражения центральной нервной системы, в момент интенсивного формирования фразовой речи, без видимой причины. При этом наблюдаются нарушения общей артикуляционной моторики, часто отмечается задержка речевого развития, а затем – ОНР, другие сопутствующие речевые нарушения. Течение заикания носит устойчивый характер, страх речи не является обязательным симптомом.

Логопедическое заключение должно включать указание на форму, вид судорог, степень заикания, сопутствующие речевые нарушения, степень фиксированности на дефекте. Например, заикание тоно-клонической формы, дыхательно-артикуляционного типа, средней степени, с умеренной степенью фиксированности на дефекте, осложненное дизартрией.

Клинический диагноз (невротическая, неврозоподобная форма заикания) ставит врач-невропатолог. Данные обследования логопеда уточняют этот диагноз.

F98.6 – речь взхлеб – (тахилалия)

Тахилалия – патологически ускоренный темп внешней и внутренней речи. Центральным звеном в механизме тахилалии является патологическое преобладание процессов возбуждения над процессами торможения.

Тахилалия характеризуется следующими признаками: ненормально быстрый темп речи (вместо 10-12 звуков в секунду произносится 20-30) без резких искажений фонетики и синтаксиса, расстройства речевого внимания, запинок, повторений, проглатывания, перестановок слогов, слов, искажения предложений. Однако при привлечении внимания к речи у страдающих тахилалией происходит быстрое восстановление равновесия между внутренней и внешней речью, запинки исчезают.

Тахилалия сочетается с другими нарушениями речи лексико-грамматического и фонетического характера. Выделяют следующие виды тахилалий: баттаризм, полтерн (спотыкание).

Баттаризм – неправильное формирование фразы как следствие особого нарушения речевого внимания, тяжелых расстройств темпа речи.

Полтерн (спотыкание) – патологически ускоренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера (запинками, спотыканием, необоснованными паузами). Характеризуется нарушением общей и речевой моторики.

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

F84 – общие расстройства психологического развития

F84.0 – детский аутизм

Тип общего нарушения развития, который определяется наличием: а) аномалий

и задержек в развитии, проявляющихся у ребенка в возрасте до трех лет;  
 б) психопатологических изменений во всех трех сферах: эквивалентных социальных взаимодействиях, функциях общения и поведения, которое ограничено, стереотипно и монотонно.

Эти специфические диагностические черты обычно дополняют другие неспецифические проблемы, такие, как фобии, расстройства сна и приема пищи, вспышки раздражения и направленная на себя агрессивность.

**F84.1 – атипичный аутизм**

Тип общего нарушения развития, отличающийся от детского аутизма возрастом, в котором начинается расстройство, или отсутствием триады патологических нарушений, необходимой для постановки диагноза детского аутизма. Эту подрубрику следует использовать только в том случае, если аномалии и задержки в развитии проявились у ребенка старше трех лет и недостаточно демонстративно выражены нарушения в одной или двух из трех областей психопатологической триады, необходимой для постановки диагноза детского аутизма (а именно в социальном взаимодействии, общении и поведении, характеризующемся ограниченностью, стереотипностью и монотонностью), несмотря на наличие характерных нарушений в другой (других) из перечисленных областей. Атипичный аутизм чаще всего развивается у лиц с глубокой задержкой развития и у лиц, имеющих тяжелое специфическое рецептивное расстройство развития речи.

**F84.2 – синдром Ретта**

Состояние, до настоящего времени обнаруживается только у девочек, при котором явно нормальное развитие осложняется частичной или полной утратой речи, локомоторных навыков и навыков пользования руками одновременно с замедлением роста головы. Нарушения возникают в возрастном интервале от 7 до 24 месяцев жизни. Социальное и игровое развитие останавливается. К четырем годам начинается развитие атаксии туловища и апраксии, часто сопровождаемые хореоатетоидными движениями. Почти неизменно отмечается тяжелая умственная отсталость.

**F84.3 – другое дезинтегративное расстройство детского возраста**

Тип общего нарушения развития, для которого характерно наличие периода абсолютно нормального развития до появления признаков расстройства, сопровождаемого выраженной потерей приобретенных к тому времени навыков, касающихся различных областей развития. Потеря происходит в течение нескольких месяцев после развития расстройства.

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

**F84.5 – синдром Аспергера**

**F84.8 – другие общие расстройства развития – (задержка психического развития соматогенного происхождения или вследствие минимальной мозговой дисфункции).** Нарушение, характеризующееся снижением памяти, трудностью обучения, сниженной способностью концентрироваться на выполнении какой-либо задачи на длительное время. Обучение новому представляется субъективно трудным, даже когда объективно оно успешно.

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

**H90 – кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха двусторонняя**

Код МКБ-10	Болезнь	Состояние	Категория детей
H90.0	Кондуктивная потеря слуха двусторонняя	Глухота (потеря слуха свыше 80 дБ): врожденная;	Глухие
H90.3	Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя	раноприобретенная (до 3 лет); приобретенная (после 3 лет)	Ранооглохшие Позднооглохшие

H90.5	Нейросенсорная потеря слуха неуточненная Врожденная глухота БДУ Снижение слуха: центральное сенсорное Нейросенсорная глухота		Слабослышащие с грубым недоразвитием речи
H90.6	Смешанная кондуктивная и нейросенсорная тугоухость двусторонняя	Тугоухость (потеря слуха в диапазоне 84 дБ)	Слабослышащие с относительно развитой речью

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

H53 – расстройства зрения

H53.0 – амблиопия вследствие анопсии

Амблиопия обусловленная: анизометропией; зрительной депривацией; косоглазием.

Амблиопия – ослабление зрения, причину которого не удается установить путем объективного исследования. Различают несколько видов: врожденную, от бездействия, истерическую, амблиопия при косоглазии и анизометропии. Амблиопия при косоглазии и анизометропии поддается лечению, если она диагностируется в дошкольном или раннем школьном возрасте.

H54 – слепота и пониженное зрение

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

При степени сохранности остаточного зрения различают: абсолютную слепоту, слепоту, при которой сохраняется светоощущение. Лица с таким состоянием зрения относятся к тотально слепым.

Лица, составляющие группу слепых и имеющих остаточное зрение от 0,005 до 0,004 с коррекцией (очками) на лучше видящем глазу относятся к частичнозрячим (частичновидящим).

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

В пределах показателей пониженного зрения выделяется слабовидение. Слабовидение характеризуется остротой центрального зрения на лучше видящем глазу с использованием обычных средств коррекции (очки) от 0,05 до 0,2, а также при более высокой остроте зрения, сопровождающейся нарушением других зрительных функций, и в первую очередь, резким сужением границ поля зрения.

Среди слабовидящих выделяют группу с глубоким слабовидением, острота зрения которых от 0,05 до 0,08 с коррекцией на лучше видящем глазу. Обуславливающие слабовидение дефекты зрения делятся на прогрессирующие и стационарные.

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

Категория нарушений зрения	Острота зрения с максимально возможной коррекцией	
	Максимальный показатель менее чем	Минимальный показатель равен или более чем
1	6/18 (0,3) 3/10 (0,3) 20/70 (0,28)	6/60 (0,1) 1/10 (0,1) 2/20 (0,1)
2	6/60 (0,1) 1/10 (0,1) 20/200 (0,1)	3/60 (0,05) 1/20 (0,5) 20/40 (0,05)

3	3/60 (0,05) 1/20 (0,05) 20/400	1/60 (счет пальцев на расстоянии 1 м) – 0,016 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200) – 0,016
4	1/60 (счет пальцев на расстоянии 1 м) 1/50 (0,02) 5/300 (0,016)	Светоощущение
5	Отсутствие светоощущения	
9	Неопределенная или неуточненная	

Репозиторий ВГУ

Учебное издание

**КУХТОВА** Наталья Валентиновна  
**ЛАУТКИНА** Светлана Владимировна

**СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Курс лекций

Технический редактор *Г.В. Разбоева*  
Компьютерный дизайн *Т.Е. Сафранкова*

Подписано в печать .2016. Формат 60x84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная.  
Усл. печ. л. 9,30. Уч.-изд. л. 12,38. Тираж экз. Заказ .

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

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

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