**Учреждение образования**

**«Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»**

**Кафедра психологии развития**

**И.Е. Валитова**

**СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

*Учебное пособие для студентов, обучающихся по психологическим и педагогическим специальностям*

**2014**

УДК 159.922.76

ББК 88.48

В15

*Рекомендовано редакционно-издательским советом*

*учреждения образования*

*«Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»*

*Рецензенты:*

**Е.А. Винникова**, кандидат психологических наук, доцент

**В.В. Хитрюк,** кандидат педагогических наук, доцент

**Валитова, И.Е.**

В15 Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим и педагогическим специальностям / И.Е. Валитова. – Минск: Изд-во Гревцова, 2014. – 481 с.

Учебное пособие по специальной психологии предназначено для студентов университетов, обучающихся по психологическим специальностям.

В первом разделе учебного пособия рассматриваются общие вопросы специальной психологии, дается краткий исторический очерк общественного отношения к детям с особенностями психофизического развития, анализируются основные теории, понятия и категории специальной психологии. Во втором разделе дается психологическая характеристика основных видов отклоняющегося развития. Третий раздел посвящен прикладным вопросам специальной психологии, таким как психологическая помощь, психодиагностика и психокоррекция, работа с семьей особого ребенка.

Учебное пособие может использоваться студентами дефектологических специальностей, а также слушателями Институтов повышения квалификации и переподготовки, обучающимися по психологическим и педагогическим специальностям. Материалы пособия могут быть интересны и полезны для психологов и педагогов, работающих с детьми с особенностями психофизического развития.

**УДК 159.922.76**

**ББК 88.48**

© Валитова И.Е., 2013

© УО «Брестский государственный

университет имени А.С. Пушкина, 2013

ОГЛАВЛЕНИЕ

[ВВЕДЕНИЕ 9](#_Toc358457905)

[РАЗДЕЛ 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ 13](#_Toc358457906)

[Глава 1 Специальная психология в системе психологического знания 13](#_Toc358457907)

[1.1 Предметная область специальной психологии](#_Toc358457908)как науки……………13

[1.2 Межпредметные связи специальной психологии, ее теоретическое и практическое значение 18](#_Toc358457909)

[1.3 Категория развития в специальной психологии 26](#_Toc358457910)

[1.4](#_Toc358457911) [Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля 3](#_Toc358457912)2

[1.5 Библиография по теме «Специальная психология в системе психологического знания» 3](#_Toc358457913)3

[Глава 2 Ребенок с особенностями развития в общественном сознании 3](#_Toc358457914)5

[2.1 Отношение общества к людям с физическими и умственными ограничениями (социально-исторический аспект) 3](#_Toc358457915)5

[2.2 Концепция обеспечения качества жизни и нормализации жизни ребенка и его семьи](#_Toc358457916) 41

[2.3 Стереотипы общественного сознания в отношении лиц с физическими и умственными недостатками 42](#_Toc358457917)

[2.4 Краткий исторический очерк научного изучения детей с физическими и умственными недостатками 4](#_Toc358457918)6

[2.5 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля 4](#_Toc358457919)9

[2.6 Библиография по теме «Ребенок с особенностями развития в общественном сознании»……………………………………………......5](#_Toc358457920)0

[Глава 3 Отклоняющееся развитие как базовое понятие специальной психологии (этиология, содержание и движущие силы психического дизонтогенеза) 51](#_Toc358457921)

[3.1 Общая характеристика отклоняющегося психического развития 52](#_Toc358457922)

[3.2 Дихотомия «норма – патология» в специальной психологии 5](#_Toc358457923)5

[3.3 Научный вклад Л.С. Выготского в специальную психологию (теория культурно-исторического развития высших психических функций) .. 6](#_Toc358457924)5

[3.4 Факторы отклоняющегося психического развития (психического дизонтогенеза) 72](#_Toc358457925)

[3.4.1 Биологические факторы 7](#_Toc358457926)3

[3.4.2 Социальные факторы 81](#_Toc358457927)

[3.5 Закономерности отклоняющегося психического развития……….83](#_Toc358457928)

[3.5.1 Психологическая структура нарушений как проявление закономерностей отклоняющегося психического развития…………………85](#_Toc358457928)

[3.5.2 Возраст и возрастная периодизация при отклоняющемся психическом развитии…………………………………………………………..92](#_Toc358457928)

[3.5.3 Компенсация в процессе отклоняющегося психического развития…………………………………………………………………………..94](#_Toc358457928)

[3.5.4 Факторы вариативности отклоняющегося психического развития…………………………………………………………………………..97](#_Toc358457928)

[3.5.5 Классификация отклоняющегося психического развития……….98](#_Toc358457928)

[3.6 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля 101](#_Toc358457932)

[3.7 Библиография по теме «Отклоняющееся психическое развитие как базовое понятие специальной психологии (этиология, содержание и движущие силы психического дизонтогенеза)» 102](#_Toc358457933)

[РАЗДЕЛ 2 ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗНЫХ ВИДОВ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ 104](#_Toc358457934)

[Глава 4 Психическое недоразвитие: дети с интеллектуальной недостаточностью 104](#_Toc358457935)

[4.1 Общая характеристика умственной отсталости (интеллектуальной недостаточности) 104](#_Toc358457936)

[4.2 Интеллектуальная недостаточность при олигофрении. Психическое недоразвитие 108](#_Toc358457937)

[4.2.1 Феноменологическая характеристика детей с олигофренией 109](#_Toc358457938)

[4.2.2 Клиническая характеристика олигофрении 1](#_Toc358457939)09

[4.2.3 Клинико-психологическая характеристика психического недоразвития 11](#_Toc358457940)2

[4.2.4 Возрастная динамика психического развития детей с олигофренией…. 12](#_Toc358457942)3

[4.2.5 Классификации умственной отсталости 12](#_Toc358457943)6

[4.2.6 Структура нарушения при психическом недоразвитии. Психологические основы комплексной помощи детям при писхическом недоразвитии 13](#_Toc358457944)2

[4.3 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания 13](#_Toc358457945)3

[4.4 Библиография по теме «Психическое недоразвитие: дети с интеллектуальной недостаточностью» 13](#_Toc358457946)4

[Глава 5 Дети с синдромом Дауна 136](#_Toc358457947)

[5.1 Клиническая характеристика синдрома Дауна 136](#_Toc358457948)

[5.2](#_Toc358457949) [Особенности психического развития детей с синдромом Дауна 140](#_Toc358457950)

[5.3 Психологические основы комплексной помощи детям с синдромом Дауна 14](#_Toc358457951)7

[5.4 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания 14](#_Toc358457952)9

[5.5 Библиография по теме «Дети с синдромом Дауна» 1](#_Toc358457953)50

[Глава 6 Поврежденное психическое развитие: дети с деменцией 151](#_Toc358457954)

[6.1 Общая характеристика деменции 152](#_Toc358457955)

[6.2 Классификация и клинико-психологическая характеристика деменции 1](#_Toc358457956)53

[6.2.1 Прогрессирующая деменция 15](#_Toc358457957)4

[6.2.2 Резидуальная деменция разной этиологии 15](#_Toc358457958)6

[6.3 Клинико-психологическая характеристика поврежденного психического развития 1](#_Toc358457962)63

[6.4 Психологические основы помощи детям при поврежденном психическом развитии 1](#_Toc358457963)67

[6.5 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практическое задание 1](#_Toc358457964)70

[6.6 Библиография по теме «Поврежденное психическое развитие: дети с деменцией» 17](#_Toc358457965)1

[Глава 7 Задержанное психическое развитие: дети с трудностями в обучении… 17](#_Toc358457966)2

[7.1 Понятие задержки психического развития 172](#_Toc358457967)

[7.2 Феноменология и клиническая характеристика задержанного психического развития 175](#_Toc358457968)

[7.3 Классификация форм задержанного психического развития 17](#_Toc358457969)7

[7.4 Психологическая характеристика задержанного психического развития 18](#_Toc358457970)3

[7.5 Структура нарушения и дифференциальная диагностика при задержанном психическом развитии…………………………………….189](#_Toc358457971)

[7.6 Психологические основы помощи детям при задержанном психическом развитии 1](#_Toc358457971)94

[7.7 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания 19](#_Toc358457972)5

[7.8 Библиография по теме «Задержанное психическое развитие: дети с трудностями в обучении» 19](#_Toc358457973)8

[Глава 8 Дефицитарное психическое развитие: дети с нарушениями зрения](#_Toc358457974)200

[8.1 Роль зрительного восприятия в процессе психического развития ребенка 20](#_Toc358457975)1

[8.2 Этиология и классификация нарушений зрения у детей 20](#_Toc358457976)5

[8.3 Психическое развитие детей с нарушениями зрения 20](#_Toc358457977)8

[8.3.1 Общая характеристика психического развития в условиях зрительной депривации 20](#_Toc358457978)8

[8.3.2 Психическое развитие детей в раннем и дошкольном возрастах 21](#_Toc358457979)4

[8.3.3 Психическое развитие детей с нарушениями зрения в школьном возрасте 21](#_Toc358457980)7

[8.4 Структура нарушений при недостатках зрения у детей 219](#_Toc358457981)

[8.5 Психологические основы помощи детям при нарушениях зрения…… …22](#_Toc358457982)1

[8.6 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания 224](#_Toc358457983)

[8.7 Библиография по теме «Дефицитарное психическое развитие: дети с нарушениями зрения» 22](#_Toc358457984)7

[Глава 9 Дефицитарное психическое развитие: дети с нарушением слуха 228](#_Toc358457985)

[9.1 Значение слуха для развития психики ребенка 22](#_Toc358457986)9

[9.2 Этиология и классификация нарушений слуха 23](#_Toc358457987)3

[9.3 Закономерности психического развития и структура нарушения при недостатках слуха 23](#_Toc358457988)7

[9.3.1 Психическое развитие неслышащих детей в раннем возрасте 2](#_Toc358457989)40

[9.3.2 Психическое развитие неслышащих детей в дошкольном возрасте 24](#_Toc358457990)2

[9.3.3 Психическое развитие неслышащих детей в школьном возрасте 24](#_Toc358457991)5

[9.3.4 Психическое развитие слабослышащих детей 24](#_Toc358457992)8

[9.3.5 Развитие личности детей с нарушением слуха 250](#_Toc358457993)

[9.4 Специфические виды речи неслышащих людей 253](#_Toc358457994)

[9.5 Психологические основы помощи детям при нарушении слуха 257](#_Toc358457995)

[9.6 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания 26](#_Toc358457996)2

[9.7 Библиография по теме «Дефицитарное психическое развитие: дети с нарушением слуха» 264](#_Toc358457997)

[Глава 10 Дефицитарное психическое развитие: дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата 265](#_Toc358457998)

[10.1 Психофизиологическая характеристика движений человека 26](#_Toc358457999)6

[10.2 Нарушения движений у детей как результат заболеваний нервной системы 271](#_Toc358458000)

[10.3 Психическое развитие детей с детским церебральным параличом .273](#_Toc358458001)

[10.4 Структура нарушения и психологические основы помощи детям при двигательных нарушениях 281](#_Toc358458002)

[10.5 Вопросы для размышления, проверки, самоконтроля; практические задания 285](#_Toc358458003)

[10.6 Библиография по теме «Дефицитарное психическое развитие: дети с двигательными нарушениями» 28](#_Toc358458004)6

[Глава 11 Искаженное психическое развитие: дети с аутизмом и аутистическими нарушениями 28](#_Toc358458005)7

[11.1 Общая характеристика детского аутизма и аутистических нарушений 28](#_Toc358458006)7

[11.2](#_Toc358458007) [Клинико-психологическая характеристика детского аутизма 29](#_Toc358458008)0

[11.3 Психологическая характеристика искаженного психического развития 29](#_Toc358458009)6

[11.4 Дифференциальная диагностика 30](#_Toc358458010)5

[11.5 Психологические основы помощи детям с аутистическими нарушениями 30](#_Toc358458011)7

[11.6 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания 31](#_Toc358458012)4

[11.7 Библиография по теме «Искаженное психическое развитие: дети с аутизмом и аутистическими нарушениями 31](#_Toc358458013)6

[Глава 12 Дети с нарушениями речи 31](#_Toc358458014)7

[12.1 Психофизиологические и психологические механизмы речи 318](#_Toc358458015)

[12.2 Закономерности развития речи у детей 32](#_Toc358458016)1

[12.3 Этиология и классификация нарушений речи у детей 32](#_Toc358458017)6

[12.4 Психолого-педагогическая характеристика нарушений речи у детей 3](#_Toc358458018)29

[12.5 Нарушения речи при разных видах отклоняющегося развития 34](#_Toc358458019)2

[12.6 Психологические основы помощи детям при нарушениях речи 35](#_Toc358458020)3

[12.7 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания 35](#_Toc358458021)5

[12.8 Библиография по теме «Дети с нарушениями речи» 35](#_Toc358458022)6

[Глава 13 Дисгармоническое психическое развитие: дети с эмоциональными нарушениями 3](#_Toc358458023)58

[13.1 Общая характеристика дисгармонического психического развития ……………………………………………………………………………...359](#_Toc358458024)

[13.2 Психологическая характеристика психопатий 36](#_Toc358458025)0

[13.3 Патологические формирования личности 3](#_Toc358458026)68

[13.4 Нарушения темпа полового созревания 3](#_Toc358458027)69

[13.5 Психологическая характеристика неврозов у детей и невротическое развитие личности 37](#_Toc358458028)1

[13.6 Психологические основы помощи детям при дисгармоническом психическом развитии 38](#_Toc358458029)5

[13.7 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания 38](#_Toc358458030)7

[13.8 Библиография по теме «Дисгармоническое психическое развитие: дети с эмоциональными нарушениями» 3](#_Toc358458031)89

[РАЗДЕЛ 3. ПРИКЛАДНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ 39](#_Toc358458032)0

[Глава 14 Психологическая помощь детям с отклонениями в развитии 390](#_Toc358458033)

[14.1 Психодиагностика отклоняющегося развития как прикладной раздел специальной психологии 391](#_Toc358458034)

[14.2 Психологическое сопровождение и реабилитация детей с отклонениями в развитии 40](#_Toc358458035)2

[14.3 Психокоррекция отклоняющегося развития как прикладной раздел специальной психологии 40](#_Toc358458036)4

[14.3.1 Теоретические основы психологической коррекции 40](#_Toc358458037)6

[14.3.2 Проблема содержания и методов психологической коррекции 41](#_Toc358458038)4

[14.4 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания 4](#_Toc358458039)18

[14.5 Библиография по теме «Психологическая помощь детям с отклонениями в развитии» 42](#_Toc358458040)2

[Глава 15 Семья ребенка с оклонениями в развитии 42](#_Toc358458047)4

[15.1 Характеристика семьи, имеющей ребенка с особенностями психофизического развития 42](#_Toc358458048)4

[15.2 Появление в семье ребенка с отклонениями в развитии как ситуация жизненного кризиса 4](#_Toc358458049)29

[15.3 Взаимотношения между сиблингами в семье, имеющей особого ребенка 4](#_Toc358458050)38

[15.4 Психологическая помощь семье, имеющей особого ребенка 4](#_Toc358458051)41

[15.5 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания 4](#_Toc358458052)44

[15.6 Библиография по теме «Семья ребенка с отклонениями в развитии».. 4](#_Toc358458053)46

[ГЛОССАРИЙ 4](#_Toc358458054)48

# 

# ****ВВЕДЕНИЕ****

Проблема развития, обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития (ОПФР) является одной из наиболее актуальных в психологической и педагогической науке, а также в системе образования в Республике Беларусь. В «Государственной программе развития специального образования в Республике Беларусь на 2012-2016 годы, утвержденной Советом Министров Республики Беларусь 07.03.2012 года» представлены следующие статистические данные: «на 15 сентября 2011 г. в Республике Беларусь проживает 130 759 детей с особенностями психофизического развития в возрасте до 18 лет. Количество детей указанной категории за последние два года увеличилось на 6,7 процента при сокращении детского населения республики более чем на 10 тысяч детей (0,6 процента)». В Республиканском банке данных по состоянию на 15.09.2012 г. содержится персонифицированная информация о 131 717 детях с ОПФР, на 15.09. 2013 г. – о 134 975 детях, нуждающихся в специальном образовании или коррекционно-педагогической помощи.

Для детей с ОПФР в стране создана широкая сеть учреждений специального образования, действуют медицинские центры. На современном этапе развития специального образования реализуется новая педагогическая *парадигма*, основными идеями которой являются идеи гуманизации, фундаментализации, интеграции. Эти концептуальные идеи определяют целью специального образования обеспечение полноценной и достойной жизни человека с особенностями психофизического развития, что предполагает включение человека во все виды социальных отношений, обеспечение реализации его индивидуальности во всех проявлениях.

В свете идеи фундаментализации происходитпереосмысление содержания понятий «норма» и «патология», уменьшается категоричность в трактовке этих понятий. В свете идеи интеграции/инклюзии находит обоснование и реализация форм совместного обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития и нормально развивающихся детей.

Дети с особенностями психофизического развития относятся к категории «иных», отличающихся от обычных, нормально развивающихся детей. Мир, в котором мы живем, становится все более разнообразным, неоднородным. Вокруг нас все больше людей, которые чем-то отличаются от обычных людей, и их образ жизни отличается от привычного нам образа жизни. Разнообразие людей и их образа жизни заставляет людей становиться все более терпимыми (толерантными), понимать и принимать «инаковость» во всех ее проявлениях, стремиться к взаимопониманию и согласию в общении с другим человеком независимо от того, является ли этот человек «нормальным», то есть обычным, или он чем-то отличается от большинства.

Толерантность становится тем социокультурным качеством человека, которое особенно ценится в разнообразном многополярном мире, так как толерантными людьми «инаковость» воспринимается и принимается как проявление индивидуальности другого человека. Поэтому в наше время важно воспитывать людей в духе толерантности, учить их жить и строить отношения с разными людьми в разнообразном мире.

Важную роль в реализации гуманистических идей, формирования в обществе толерантности играют специалисты, работающие с детьми с особенностями психофизического развития. В первую очередь, это психологи и педагоги (дефектологи). Для успешной профессиональной деятельности будущие специалисты должны овладеть психологическими знаниями об особенностях развития детей, их психологических характеристиках, о специфике каждой категории детей. Без таких знаний невозможно осуществлять основные виды профессиональной деятельности: психодиагностику, коррекционно-развивающую работу, реабилитацию, оказывать психолого-педагогическую помощь семье особого ребенка. Все это является основой профессиональных компетенций психолога и дефектолога. Профессиональные компетенции, в свою очередь, необходимы для формирования толерантности по отношению к детям с особенностями психофизического развития и их родителям.

Представляемое учебное пособие по специальной психологии предназначено для студентов учреждений высшего образования и слушателей учреждений высшего образования, реализующих образовательные программы дополнительного образования взрослых, обучающихся по специальностям психологического и дефектологического профилей. Материал учебного пособия распределен по трем разделам. В первом разделе рассматриваются общие вопросы специальной психологии, дается краткий исторический очерк общественного отношения к детям с особенностями психофизического развития, анализируются основные теории, понятия и категории специальной психологии. Во втором разделе дается психологическая характеристика основных видов отклоняющегося развития. Третий раздел посвящен прикладным вопросам специальной психологии, таким как психодиагностика и психокоррекция, работа с семьей особого ребенка.

Специальная психология – это отрасль психологической науки, изучающая психологические особенности детей с ОПФР, а также процесс психического развития в измененных условиях. Основной категорией специальной психологии на современном уровне развития науки является категория отклоняющегося развития.

Специальная психология является междисциплинарной наукой. Ее основные проблемы рассматриваются на стыке с медициной и педагогикой. Это положение нашло свое отражение в содержании учебного пособия. Во-первых, большое внимание уделяется рассмотрению клинических аспектов различных видов отклоняющегося развития, психофизиологическим механизмам отклоняющегося развития. Во-вторых, рассмотрение закономерностей отклоняющегося развития осуществляется на основе нормального (нормативного) развития ребенка, его механизмов и закономерностей. В этом находит реализацию идея Л.С. Выготского о принципиальном сходстве закономерностей нормального и отклоняющегося развития. Мы убеждены, что если будущие специалисты не знают фактов, закономерностей и механизмов нормального развития ребенка, то они не смогут глубоко понять и осознать закономерности отклоняющегося развития. Именно поэтому в соответствующих главах учебного пособия подробно рассматриваются значение и особенности развития слуховых, зрительных фукнций, движений и речи у детей. В-третьих, в отдельных главах учебного пособия перебрасывается своеобразный мостик между психологическими закономерностями отклоняющегося развития и педагогическими категориями обучения, воспитания, коррекционно-развивающей работы, содержание которых строится на основе психологических закономерностей.

Однако главным содержанием учебного пособия является рассмотрение отклоняющегося развития и его видов. Понимание закономерностей психического развития ребенка при разных видах отклоняющегося развития составляет основное содержание специальной психологии как психологической дисциплины. Это положение обусловило использование в учебном пособии психологической терминологии при наименовании разных видов отклоняющегося развития: психическое недоразвитие, поврежденное психическое развитие, задержанное психическое развитие, дефицитарное психическое развитие, искаженное психическое развитие, дисгармоническое психическое развитие. В то же время мы попытались соотнести психологическую терминологию с терминологией, принятой в специальном образовании в соответствии с «Кодексом об образовании», законодательным документом, действующим в нашей стране. В названиях двух глав не используется обозначение вида отклоняющегося развития: это дети с синдромом Дауна и дети с нарушениями речи. Развитие детей с синдромом Дауна традиционно характеризуетя как психическое недоразвитие, но в данном учебном пособии мы стремимся привлечь внимание к фактам психического развития данной категории детей, не акцентируя внимания на закономерностях их развития. Вопрос о виде психического дизонтогенеза при нарушениях речи у детей не получил еще в специальной психологии доказательного освещения, и это вынуждает нас рассматривать нарушения речи у детей без ссылок на вид отклоняющегося развития.

Где бы ни работал специалист (психолог, дефектолог) – в сфере образования, в сфере здравоохранения, в социальной сфере – ему необходимо знать и понимать детей с особенностями психофизического развития, чтобы уметь профессионально и грамотно взаимодействовать с ними и оказывать помощь им и их семьям.

## РАЗДЕЛ 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

# ****Глава 1 Специальная психология в системе психологического знания****

***Основные понятия*.** *Психология развития, детская психология, клиническая психология, психология аномального развития, психология отклоняющегося развития, детская патопсихология, психопатология развития, дефектология, специальная психология, коррекционная психология.*

*Ребенок с особенностями психофизического развития, особый ребенок, ребенок с особыми потребностями, ребенок с ограниченными возможностями, клинический и психологический подходы к описанию детей с особенностями развития.*

**Содержание**

1.1 Предметная область специальной психологии как науки.

1.2 Межпредметные связи специальной психологии, ее задачи, теоретическое и прикладное значение.

1.3 Категория развития в специальной психологии.

1.4 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля.

1.5 Библиография по теме «Специальная психология в системе психологического знания».

**1.1 Предметная область специальной психологии как науки**

*Детство* – это период жизни человека, который хронологически охватывает промежуток от рождения человека до его совершеннолетия. Этот период называют уникальным, неповторимым, потому что именно в это время ребенок приобретает общечеловеческие способности, получает возможности ориентироваться в окружающем мире и преобразовывать его, устанавливать отношения с другими людьми, реализовывать свою индивидуальность. В истории науки существовали две мировоззренческие позиции по отношению к детству [1]. Согласно первой позиции, детство рассматривается *как подготовка к будущей жизни*, будущая взрослая жизнь признается более ценной для человека. Тем самым значение детства принижается, так как предполагается, что в детстве человек не живет полноценной жизнью, а только к ней готовится. Согласно второй позиции, детство понимается *как самоценный период жизни человека*, на протяжении которого ребенок реализует свое видение мира и своего места в этом мире, реализует свою сущность и неповторимость. Согласно этой точке зрения, ребенок – это не уменьшенная копия взрослого, а человек, отличный от него. Задача тех наук, которые занимаются детством – описание специфических особенностей детства как самоценного периода жизни и открытие законов развития человека. В психологии эту задачу решает психология развития, или возрастная психология, разделом которой является детская психология. Описанием специфики психического развития детей в измененных неблагоприятных условиях занимается *специальная психология.*

В системе научного знания о детстве *специальная* *психология* занимает особое место. Во многом это место определяется тем, что специальная психология изучает *детей с особенностями психофизического развития.* Это такие дети, которые отличаются от большинства детей, от «среднестатистического» ребенка своего возраста по многим признакам. Таких детей иногда можно узнать по характерной внешности, по особенностям строения тела и конечностей. В других случаях внешность ребенка ничем не примечательна, но в общении с ним понимаешь, что он не такой, как все, потому что он трудно вступает в контакт, не может пользоваться речью. Такие дети обучаются по-другому и испытывают трудности при усвоении знаний, умений и навыков. У них большие трудности адаптации в обществе и в выполнении социальных ролей, поэтому они нуждаются в постоянной поддержке и помощи при осуществлении жизнедеятельности. И, наконец, некоторые из таких детей понимают и чувствуют, что они не такие, как все, их не принимают как равных, как обычных людей с такими же потребностями, какие есть у всех других людей.

Таких детей в разные времена обозначали разными терминами. В начале ХХ века их называли «ненормальными детьми», и почти одновременно с этим по отношению к ним начинает использоваться понятие «дефективные дети». В конце 1930-х годов вводится термин «аномальные дети», охватывающий все недостатки развития детей. Термин «дефект» сохраняется в названии науки «дефектология», которая буквально расшифровывается как «наука о дефекте», и в названии квалификации педагога «учитель-дефектолог». Все эти понятия указывали на психические или физические недостатки у детей, из чего вытекала необходимость создания специальных условий их обучения и воспитания.

Использование термина «дети-инвалиды» говорит о том, что, во-первых, это дети, во-вторых, они имеют какие-то ограничения, в-третьих, они «неполноценные» дети. Сейчас этот термин употребляется в основном для того, чтобы обозначить группу детей, которые получают социальную помощь от государства.

После принятия ООН в 1989 году «Конвенции о правах ребенка» постепенно начало изменяться отношение общества к детям с физическими и умственными недостатками. В статье 23 Конвенции рассматриваются права детей с особенностями умственного и физического развития. В ней подчеркивается, что дети-инвалиды в умственном или физическом отношении имеют право на полноценную и хорошую жизнь в условиях, гарантирующих неприкосновенность их достоинства, развивающих чувство уверенности в себе и способствующих активному участию в жизни общества. Государства должны оказывать особую заботу для обеспечения права на образование, обучение, права пользоваться услугами здравоохранения, права на труд, а также обеспечение возможностей реабилитации, что в комплексе ведет к наиболее полной социальной адаптации и индивидуальному, культурному и духовному развитию.

В 1993 году Республика Беларусь присоединилась к действию «Конвенции о правах ребенка», и в стране был принят «Закон о правах ребенка». После принятия этих важных документов специалисты и общественность начали использовать этически более корректные термины для обозначения детей из данной группы. С начала 1990-х годов используются следующие термины: *дети с особенностями психофизического развития (ОПФР), дети с особыми потребностями, дети с физическими и умственными недостатками, дети с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности* (в России)*.* В отдельных случаях используется краткий вариант «особый ребенок», «особые дети» вместо «дети с особенностями психофизического развития». Все эти термины не несут в себе оценочных характеристик, они только высвечивают те особенности, которыми отличаются некоторые дети, живущие среди нас. В равной степени к таким особенностям можно отнести высокий или низкий рост человека, массу его тела, цвет волос или глаз и даже группу крови. Носители этих природных характеристик отличаются друг от друга, но эти характеристики не являются оценочными. Они в определенной степени влияют на сферу деятельности, которую изберет человек, они же определяют и ограничения жизнедеятельности. Дети с особенностями психофизического развития имеют не только специфические потребности, но и физические и умственные ограничения, которые, конечно, более серьезны и существенны, чем ограничения человека по его росту или массе тела. Такие дети нуждаются в том, чтобы общество особым образом заботилось о них, обеспечивало бы им соответствующие условия медицинского обслуживания и получения образования в соответствии с их потребностями и возможностями.

Одновременно с процессом изменения терминологии происходит процесс преодоления *клинического способа описания* детей с особенностями развития. Этот способ ориентирует на описание особенностей и проявлений болезни, ее причин и условий возникновения, и тогда о ребенке с особенностями психофизического развития судят в соответствии с фактами его болезни. Так, болезнь Дауна понимается как нарушения в наборе хромосом, детский церебральный паралич – как нарушение функционирования двигательной сферы в результате поражения центральной нервной системы. При клиническом способе описания детей преобладает тенденция определять физические, эмоциональные, интеллектуальные качества только через их болезненные проявления. В этом случае диагноз «болезнь Дауна», «детский церебральный паралич», «детский аутизм» и т.п. может легко использоваться для определения человека в целом, а не только его состояния. Так происходит процесс навешивания медицинских ярлыков. Слово, которое может быть использовано для обозначения какой-либо одной особенности тела человека или его умений, начинает определять личность в целом или даже идентифицироваться с ней. Тем самым особенности человека, его внутреннего мира остаются за пределами рассмотрения.

Клинический способ описания предполагает, что знания об определенной категории людей с отклонениями в развитии, так же как и решение их судьбы, является прерогативой специалистов, а иногда даже и очень узкой группы специалистов. Это значит, что принятие клинического способа описания детей может создать непреодолимую пропасть между интересами родителей, имеющих особых детей, и позицией узких специалистов. Ребенок, имеющий определенный диагноз, – это не только его болезнь, но способ его жизни и способ построения отношений с миром. Описание ребенка с позиций его психологических особенностей, восприятия им мира вокруг себя, построения отношений с другими людьми, а также понимания ребенком самого себя и других людей, его внутренняя картина мира – это *психологический способ описания ребенка с особенностями психофизического развития*.

Вероятно, поэтому из употребления стали изыматься такие слова, которыми называли особого ребенка, но которые на самом деле обозначают его заболевание. Например, говоря о ребенке с умственными нарушениями, не стоит употреблять слово «олигофрен», «умственно отсталый» или «Даун», о ребенке с шизофренией говорить «шизофреник», а о ребенке с детским аутизмом не говорят «аутист», не употребляются и термины «слепой» и «глухой». Так как в центр ставится ребенок с его неповторимыми чертами личности и способами жизни, то корректно говорить «ребенок с интеллектуальной недостаточностью», «ребенок с болезнью Дауна», «ребенок с шизофренией», «ребенок с детским аутизмом», «незрячий ребенок» или «неслышащий ребенок».

Дети с особенностями психофизического развития имеют ограничения в разных областях. Некоторым детям недоступны многие движения, другим детям трудно выполнять те движения, владение которыми кажется здоровым людям чем-то само собой разумеющимся. Дети не могут ходить и бегать, подниматься по лестнице, ползать и даже сидеть и переворачиваться со спины на живот. Некоторые дети с трудом ориентируются в окружающем мире, воспринимают предметы вокруг, им тяжело дается установление связей между предметами и явлениями, они не всегда понимают, о чем говорят окружающие. К отдельной группе относятся дети, которые вообще живут в своем собственном мире, они не могут принять и понять тот порядок жизни, который принят в обществе. Некоторые дети плохо видят или не видят вообще, они легче воспринимают мир через посредство звуков и речевых конструкций. В противоположность этому есть дети, которые хорошо видят и воспринимают мир в виде зрительных образов, но разнообразный мир звуков им недоступен.

Дети с особенностями развития существенно отличаются между собой – существуют разнообразные виды, варианты, формы отклонений в развитии. Но всех этих детей можно условно расположить между двумя полюсами. На одном полюсе располагаются те дети, которые явно отличаются от обычных, нормально развивающихся детей. Это дети с тяжелыми нарушениями в развитии, они обладают лишь минимальными возможностями для познания мира и действования в нем. В то же время другая группа детей – это дети с небольшими отклонениями от нормы, имеющие лишь отдельные ограничения жизнедеятельности. Такие дети могут при условии правильно организованной помощи успешно подготовиться к жизни в обществе и к выполнению социальных функций, а об их ограничениях знают лишь специалисты.

У тех, кто впервые знакомится со специальной психологией как областью науки и практики, не может не возникнуть вопрос о причинах появления и существования детей с особенностями в развитии. Этот вопрос имеет, по крайней мере, два смысловых звучания: первое звучание – почему или по каким причинам и при каких условиях рождаются такие дети; и второе звучание – в чем значение и смысл существования в обществе таких детей, что общество получает от их существования?

Говоря о причинах и условиях появления особых детей, мы можем вспомнить высказывание известного отечественного психолога Л.С. Выготского о том, что аномальное развитие есть «природный эксперимент» [3]. Природа распорядилась так, что у части рожденных на земле людей есть что-то необычное, особенное, аномальное. Однако ребенок с ОПФР живет среди людей, и у него не могут не сложиться специфические отношения с обществом. А само общество не всегда создает благоприятные условия для жизни и развития даже тех детей, которых этот природный эксперимент не коснулся.

Вопрос о смысле рождения и существования детей с особенностями развития весьма сложный и неоднозначный. Но если какое-то явление в нашей жизни присутствует, значит, в этом какой-то смысл есть. Проблема только в том, чтобы этот смысл открыть. Возможно, каждый человек, который сталкивается с фактом существования особых детей, находит этот смысл и для себя лично, и для общества в целом. Вероятные определения смысла таковы. *Во-первых,* общество должно быть разнообразным, и в нем должны жить разные люди, в том числе и те, кто отличается от основной массы населения. *Во-вторых,* наличие особых людей – это своеобразное испытание общества на гуманность, на способность человеческого отношения к другому человеку. *В-третьих,* это испытание душевных сил каждого человека, который столкнулся непосредственно с особыми людьми. При встрече с особыми людьми у человека зачастую происходит изменение ценностно-смысловой сферы, и он начинает ориентироваться на действительные, а не мнимые жизненные ценности.

### 1.2 Межпредметные связи специальной психологии, ее теоретическое и практическое значение

Специальная психология является одной из отраслей психологической науки, при этом она тесно связана с другими отраслями как в академическом, так и в практическом аспектах.

*Общая психология* обосновывает и разрабатывает понятийный аппарат психологии, описывает феномены психики и сознания, рассматривает наиболее общие законы функционирования психических процессов, свойств, состояний и качеств человека, поэтому она является фундаментом специальной психологии, которая использует понятийный и терминологический аппарат для изучения психического развития детей с ОПФР.

Ребенок с особенностями психофизического развития изучается *дефектологией* – комплексной медико-психолого-педагогической дисциплиной. Дефектология – это наука о психофизических особенностях развития детей с психическими и (или) физическими нарушениями, закономерностях их обучения и воспитания. Само название этой научной дисциплины указывает на то, что главным предметом исследования является «дефект», который имеется у ребенка. Действительно, в дефектологии изучались различные виды дефектов, которые можно обнаружить у детей, разрабатывались пути и направления помощи ребенку по преодолению имеющегося у него дефекта. Классификация, то есть разделение детей на группы, осуществлялась в зависимости от ведущего дефекта, имеющегося у ребенка. Традиционно в дефектологии выделялись четыре основные группы детей, а в соответствии с ними – области дефектологической науки и практики. Образно это явление было названо «дефектологическим квадратом»: 1) олигофренопсихология и олигофренопедагогика, изучающие детей с нарушениями интеллекта, 2) тифлопсихология и тифлопедагогика, изучающие детей с нарушениями зрения, 3) сурдопсихология и сурдопедагогика, изучающие детей с нарушением слуха, 4) логопсихология и логопедия, изучающие детей с нарушениями речи. Специалисты-дефектологи, как правило, готовились отдельно для работы с указанными категориями детей.

В последнее время выделились и другие разделы дефектологии, в которых изучаются дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, дети с аутизмом, дети с тяжелыми и множественными нарушениями в развитии, но эти разделы так и не получили своих кратких названий.

Несмотря на то, что дефектология всегда выступала как комплексная научная дисциплина и область практики, включающая медико-психолого-педагогические аспекты, в системе знания о детях с особенностями психофизического развития существовала *специальная психология*.

Специальная психология изучает особенности развития психики, психологические особенности детей с разными видами отклонений в развитии.

В специальной психологии рассматриваются как общие закономерности отклоняющегося развития, то есть свойственные всем детям независимо от вида нарушения, так и специфические закономерности, свойственные детям только отдельных групп. Определения предметной области специальной психологии разными авторами имеют некоторые различия, которые определяются в первую очередь степенью обобщенности/конкретности описания.

«Специальная психология – отрасль психологической науки, изучающая закономерности психического развития и особенности психической деятельности детей и взрослых с психическими и физическими недостатками» [16, c. 14].

«Специальная психология – это отрасль психологической науки, которая занимается изучением динамики, закономерностей и механизмов психического развития лиц в условиях психофизической депривации (от лат. deprivatio – лишение), вызванной органическими и (или) функциональными нарушениями слуха, зрения, речи, двигательной сферы, эмоциональной сферы, поведения, интеллекта, прогнозированием их ндивидуального развития, а также определением психологических основ коррекционно-развивающего обучения и воспитания» [17, c. 6].

«Специальная психология изучает людей с отклонениями в психическом развитии, вызванными как врожденными, так и приобретенными дефектами формирования и функционирования нервной системы; различные варианты патологии психического развития; проблемы аномального развития психики» [19, c. 33].

В зависимости от того, какую группу детей изучают специалисты, выделялились такие разделы специальной психологии, как олигофренопсихология (психология детей с интеллектуальной недостаточностью), сурдопсихология (психология детей с нарушением слуха), тифлопсихология (психология детей с нарушениями зрения), логопсихология (психология детей с нарушениями речи), психология детей с задержкой психического развития, психология лиц с недостатками опорно-двигательного аппарата.

Развитие международных контактов в области помощи детям с особенностями развития, знакомство с зарубежной практикой специального образования, которая строится на гуманистической парадигме, высветило «диагнозную» сущность дефектологии. Изменение отношения в обществе к детям с особенностями развития, усиление гуманистических тенденций в области дефектологии привело к тому, что вместо последнего термина начали использоваться термины «*коррекционная педагогика*» и «*коррекционная психология*». Само название этих дисциплин показывает их направленность на оказание помощи детям, то есть на осуществление с детьми коррекционной работы. Термин «коррекция» переводится буквально как «исправление», «устранение недостатков». Поэтому коррекционная психология направляет свои усилия на изучение детей с особенностями развития, на научное обоснование путей оказания им коррекционной помощи, а коррекционная педагогика разрабатывает содержание, формы и методы обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития, а также оказания им коррекционной помощи.

Название «коррекционная психология» также не используется в настоящее время. Термин «коррекционная психология» критикуется за его «диагнозную» направленность на том основании, что слово «коррекция» связана со словом «дефект» как действие и объект, на который оно направлено. Термин «коррекция» может относиться к отдельным педагогическим технологиям и техникам, но неприменим к личности человека в целом. В этой связи более приемлемым считается название *«специальная психология»*. Английское слово «special», которое переводится как особый, индивидуальный, подчеркивает личностную ориентированность науки, изучающей особых детей, их психологические особенности и особенности их психического развития, и разрабатывающей направления помощи им. Название «специальная психология» также не содержит ярлыка, указывающего на неполноценность человека. Однако термин «специальная психология», по мнению В.М. Сорокина [14] , является несколько размытым, неопределенным, не совсем четко указывает на сферу применения данной науки (в отличие, например, от педагогической или медицинской психологии).

Специальная психология является научной основой коррекционной педагогики, так как выявление фактов и закономерностей психического развития детей с ОПФР должно предшествовать обоснованию содержания, форм и методов обучения и воспитания данной категории детей. Описание специальной психологией особенностей психических процессов, деятельности, личности детей с ОПФР, особенностей их взаимодействия с предметным и социальным миром способствует пониманию этих детей, способов восприятия ими разнообразной информации, их поведения в бытовых и учебных ситуациях, и т.д. Научные данные, полученные специальной психологией, позволяют разрабатывать именно такое содержание образовательно-воспитательного процесса, которое соответствует особенностям детей с ОПФР, выбирать такие методы и приемы работы, которые наиболее эффективны для каждой специфической категории детей.

*Специальная психология тесно связана с психологией развития и возрастной психологией. Психология развития* изучает закономерности и механизмы процессов психического развития человека от рождения до старости. *Возрастная психология* делает акцент на изучении возрастных психологических особенностей человека в разные периоды его жизни. Специальная психология опирается на общие закономерности психического развития человека в онтогенезе, на установленные возрастные особенности детей и взрослых. Специальная психология изучает закономерности психического развития детей, которое выходит за границы нормального (или нормативного) развития, то есть отклоняющегося от нормы. Без знаний о нормативном развитии невозможно установить закономерности отклоняющегося развития. Таким образом, психология развития является научной основой специальной психологии.

В учебных планах подготовки психологов вместо названия «специальная психология» используется название «*психология аномального развития».* В этом случае специальная психология, как и психология аномального развития, может по праву рассматриваться даже как раздел психологии развития, ибо она изучает психическое развитие особой категории людей. В частности, в зарубежных учебниках по психологии развития обязательным является раздел по психологии аномального развития (англ. – рsychology of abnormal development). Предметом *психологии аномального развития* являются *факты, закономерности и механизмы* психического развития особых детей, то есть детей, которые развиваются с какими-либо отклонениями. *Категория развития* – основополагающее всеобщее понятие, которое используется в психологии аномального развития, в частности, при характеристике отклоняющегося психического развития.

В *психологии аномального развития* акцент делается на закономерностях процесса отклоняющегося психического развития, поэтому описываются и анализируются различные виды, варианты и типы развития человека, которое осуществляется в измененных биологических и социальных условиях. В психологии аномального развития обосновывается, как соотносятся между собой в процессе развития различные психические функции, психические процессы и качества, как происходит их взаимодействие в измененных условиях. Психология аномального развития указывает те пути и направления, по которым необходимо следовать, чтобы отклоняющееся психическое развитие ребенка направить в нужное русло, сделать его более гармоничным, максимально раскрыть его возможности.

Специальная психология находится на стыке, на пересечении биологических, медицинских и психологических дисциплин, поэтому она связана с такими науками как *анатомия и физиологии, психофизиология и нейропсихология.* У ребенка с особенностями психофизического развития отмечается специфика строения и функционирования организма в целом, нервной системы и головного мозга, в частности. Информация о ребенке, которая поступает в психологию из области нейронаук, то есть наук о мозге, очень важна для специальной психологии, или психологии аномального развития, и в учебных пособиях без этой информации обойтись практически невозможно.

Медицинская традиция достаточно сильна в специальной психологии/психологии аномального развития. Нередко среди специалистов, которые занимаются психологией аномального развития, встречаются люди, которые пришли в психологию из медицины. Среди медицинских дисциплин, изучающих детей с ОПФР, следует назвать педиатрию, детскую неврологию (изучает заболевания нервной системы у детей), детскую оториноларингологию (изучает заболевания уха, горла и носа у детей), детскую офтальмологию (изучает заболевания глаз у детей), детскую ортопедию и травматологию (изучает заболевания костно-мышечной системы у детей), детскую психиатрию (изучает психические заболевания у детей). Данные медицинских дисциплин важны для понимания органической основы тех отклонений в развитии, которые изучаются в специальной психологии.

Важно знать, что подходы к изучению отклоняющегося развития в медицине и психологии существенно различаются. В *медицине* изучаются конкретные клинические симптомы, история возникновения заболевания (этиология и патогенез), ход течения болезни, клинические проявления, или симптомы, отдельные синдромы (совокупность симптомов, или симптомокомплексы), способы лечения заболевания, а также его исходы. *Психологию* *аномального развития* интересует, каким образом заболевание ребенка влияет на процесс его развития, как изменяются процессы развития у ребенка в условиях болезни, как болезнь влияет на положение ребенка в обществе, на его отношения с другими людьми, на его отношение к самому себе, как он воспринимает себя со своим заболеванием или нарушением. Все эти данные позволяют делать психологически обоснованный прогноз развития ребенка, искать пути оптимизации процессов развития в тех условиях, в которых развивается ребенок.

*Медицинская (клиническая) психология* как отрасль психологии призвана установить «мостик» между психологией и медициной. Клиническая психология изучает весь комплекс психологических явлений, которые возникают в особых условиях, в условиях болезни. Нарушения психического развития и нарушения функционирования психики, психической деятельности изучаются в специальной психологической дисциплине – *патопсихологии, которая рассматривается как раздел клинической психологии*. Предметом патопсихологии являются нарушения психической деятельности, или психологические особенности людей с нарушениями психики. В медицине психические расстройства изучаются в психиатрии, а также в таком ее разделе как психопатология. Детская психиатрия и психопатология изучает такие психические заболевания у детей, как шизофрения, эпилепсия, олигофрения, детские психозы и др., рассматривает их причины, этиопатогенез, клинические проявления, течение, исходы, разрабатывает методы лечения этих заболеваний. У всех детей с психическими заболеваниями, если рассматривать с психологических позиций, наблюдается изменение процесса психического развития. Поэтому дети с психическими нарушениями изучаются также такой дисциплиной как *детская патопсихология*. Как считает И.А. Шаповал, патопсихология занимается изучением закономерностей «изменений психической деятельности при патологических состояниях мозга и закономерностями распада психической деятельности и личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме» [19, с. 36]. Таким образом, детская патопсихология и психология аномального развития/специальная психология несколько различаются по своему содержанию и методам, по направленности своих научных интересов, хотя по сути представляют два разных названия одной и той же области психологической науки и практики. По мнению Е.С. Слепович и А.М. Полякова, «при определенных допущениях специальную психологию можно рассматривать как детскую патопсихологию, входящую в структуру *медицинской (клинической) психологии»* [17, с. 16].

Известными учеными-клиницистами, которые занимаются проблемами детской патопсихологии, предлагаются свои оригинальные названия для этой области знаний. Например, Д.Н. Исаев предлагает название «детская медицинская психология» [5], рассматривая такие проблемы, как психосоматические расстройства у детей, психические расстройства, встречающиеся при разных заболеваниях детского возраста и др. В.Д. Менделевич [9] в учебнике по клинической и медицинской психологии называет один из разделов этой дисциплины «детская клиническая психология», предлагая рассматривать в нем психологические особенности детей с различными заболеваниями, в том числе психическими. Зарубежные авторы Ч. Венар и П. Кериг вводят термин «педиатрическая психология», определяя ее предмет как «изучение взаимодействия между органическими факторами, с одной стороны, и психологическими, социальными и культурными факторами, с другой, в этиологии, течении и лечении болезни» [2, с 376]. Педиатрическая психология, по мнению этих авторов, занимается также профилактикой заболеваний и поддержанием здоровья детей. Зарубежными авторами используется также термин «психопатология развития» (англ.: *developmental psychopathology*) – это «изучение процессов развития, которые способствуют формированию психопатологии или противодействуют ей» [2, с. 377]. Психопатология развития рассматривается как интегративная научная дисциплина, объединяющая данные психопатологии, неврологии и психологии развития: «Подход с позиции закономерностей развития может рассматриваться как своего рода связующий мост между разными дисциплинами или как объединяющая концепция, способная интегрировать данные научных исследований и практики, касающиеся нормы и психопатологии не только у детей, но и у взрослых» [11, с. 48].

Специальная психология занимается исследованием проблем социализации детей с особенностями психофизического развития, поэтому очевидными являются ее связи с *социаьной психологией*, которая исследует отношения людей в разных социальных общностях, освоением индивидом социального опыта, социальными процессами в больших социальных группах. Именно поэтому подходы социальной психологии к рассмотрению общественного мнения, общественного сознания, стереотипов в отношении лиц с психическими и физическими недостатками востребованы в специальной психологии. В последнее десятилетие пристальное внимание в специальной психологии уделяется семье, имеющей ребенка с ОПФР, и без социально-психологических подходов к семье специальная психология обойтись не может. В равной степени специальная психология опирается и на достижения *кризисной психологии,* так как ситуация рождения в семье ребенка с отклонениями в развитии рассматривается как кризисная ситуация, и члены семьи проходят ряд типичных стадий совладания с кризисом, нуждаясь в психологической помощи.

Специальная психология, изучая психическое развитие и индивидуальные особенности детей с ОПФР, направляет свои усилия на обоснование и разработку моделей педагогического сопровождения, педагогической поддержки, обучения и воспитания этой группы детей. Поэтому специальная психология использует достижения *педагогической психологии*, изучающей психологические основы образования, обучения и воспитания, психологические особенности педагогической деятельности. Педагогическая психология необходима также при разработке оптимальных подходов в подготовке специалистов, работающих с детьми с ОПФР (психологов, дефектологов, логопедов).

В свою очередь, данные специальной психологии необходимы для развития других отраслей психологии. Известно, что знания о патологии всегда обогащают наши знания о норме. Сведения об особенностях функционирования психики человека в измененных биологических и социальных условиях позволяют «высветить» особенности психических процессов, личности человека в нормальных условиях, обратить внимание на то, что обычно может быть скрыто от исследователя или казаться очевидным, само собой разумеющимся. «Природный эксперимент», о котором упоминал Л.С. Выготский [3], проливает свет на общие закономерности формирования психики и личности ребенка в норме. Поэтому изучение отклонений в развитии детей помогает лучше понять закономерности и механизмы благополучного развития ребенка. Например, существенное значение имеют данные о нарушениях развития у детей с поражениями головного мозга. Эти данные доказывают, что предпосылкой нормального развития ребенка является здоровая нервная система и головной мозг. Данные о развитии ребенка в условиях депривации, то есть при недостаточном удовлетворении базовых потребностей ребенка, показывают важность социальной среды как источника полноценного развития ребенка. Данные о своеобразных искажениях развития при аутизме, основным симптомом которого является снижение или отсутствие у ребенка потребности в общении со взрослыми, высвечивают огромное значение общения ребенка со взрослыми для его благополучного развития.

Поэтому специальная психология может обогатить своими достижениями общую психологию, психологию развития, социальную психологию и другие отрасли психологической науки, что в очередной раз доказывает их взаимосвязь и взаимообусловленность.

***Задачи специальной психологии.*** *Специальная психология,* решает разнообразные теоретические и практические *задачи,* являясь и теоретической, и прикладной дисциплиной в равной мере. Специальная психология решает следующие основные задачи (В.И. Лубовский, Е.С. Слепович, А.М. Поляков, В.М. Сорокин, И.А. Шаповал и др.):

1. Изучение закономерностей и механизмов психического развития при разных видах отклонений у детей.
2. Выявление закономерностей психического развития в измененных условиях при действии неблагоприятных биологических и социальных факторов.
3. Определение способов и средств диагностики психологических особенностей детей с отклонениями в развития.
4. Определение способов и средств профилактики вторичных отклонений в развитии ребенка; обоснование механизмов компенсации нарушенных психических функций.
5. Определение путей оказания помощи ребенку с особенностями в развитии с целью оптимизации его психического развития.
6. Выявление возможностей социальной адаптации и социализации детей с особенностями психофизического развития.

Данные специальной психологии имеют огромное значение для решения прикладных проблем, связанных с оказанием помощи детям с отклонениями в развитии. В специальной психологии выделяются такие прикладные разделы как психодиагностика отклоняющегося развития, психокоррекция отклоняющегося развития, психологическая помощь родителям, имеющим детей с ОПФР.

### 1.3 Категория развития в специальной психологии

В философии понятие *«развитие»* определяется как необратимое, направленное, закономерное изменение материальных и идеальных объектов. В результате развития возникает новое качественное состояние объекта, которое выступает как изменение его состава или структуры. Эти изменения, во-первых, закономерны, так как они показывают существование связи между различными явлениями, во-вторых, они необратимы, так как объект нельзя вернуть в прежнее состояние. Существенную характеристику процессов развития составляет время: всякое развитие осуществляется в реальном времени, и только время выявляет их направленность.

Не всякое изменение объекта относится к фактам его развития. Обратимость изменений характеризует процессы функционирования, а при отсутствии направленности изменения не накапливаются, поэтому процесс лишается характерной для развития единой, внутренне взаимосвязанной линии. Случайность изменений в объекте лишает их закономерного характера, отсутствие закономерности характерно для случайных процессов неожиданного характера.

*Психическое развитие* – это процесс необратимых, направленных, закономерных изменений во времени психики человека в процессе его жизни. Психическое развитие характеризуется своим темпом, ритмом, имеет качественные характеристики. Выделяются отдельные стадии, или периоды, психического развития, на протяжении которых психическое развитие характеризуется своей целостностью.

Психология развития изучает факты, закономерности и механизмы психического развития человека. *Факты* психического развития – это конкретные явления психической жизни человека, определение конкретных сроков, в которые у человека появляются те или иные психические функции. Например, когда ребенок становится способным слышать и слушать другого человека, быть внимательным, испытывать и выражать эмоции, в каком возрасте и какие побуждения являются для него характерными, когда он может самостоятельно играть, учиться, трудиться, устанавливать значимые отношения с окружающими, устанавливать связи и отношения между предметами и явлениями окружающего мира и т.д. Факты психического развития – это широкий круг разнообразных явлений психики человека в процессе ее развития, ее становления.

Закон выражает связь между предметами, составляющими элементами данного предмета, между свойствами предметов, между свойствами внутри предмета. *Закономерности* психического развития – это необходимые, устойчивые, повторяющиеся связи между отдельными сторонами психики ребенка, между психическими функциями. Так, известны возрастные закономерности психического развития, которые выражают связь между особенностями развития психической функции и возрастом человека. Например, все дети дошкольного возраста демонстрируют феномены Пиаже, дети в конце дошкольного возраста уже способны управлять своим поведением, для детей раннего возраста большей побудительной силой обладает предмет по сравнению со словом, обращенным в его адрес. Закономерности могут выражать также связь между особенностями психического развития ребенка и его полом. Так, например, установлено, что девочки, вплоть до подросткового возраста, развиваются быстрее мальчиков, у девочек больше развиты левополушарные функции, а у мальчиков – правополушарные.

*Механизм психического развития* – это совокупность состояний и процессов, из которых складывается явление, он определяет, описывает, как и почему, каким образом, по какому пути возникает то или иное психическое явление. Так, усвоение ребенком сенсорных эталонов начинается с практических действий с предметами в соответствии с эталонами; самооценка формируется через сравнение себя с другими людьми и через усвоение ребенком оценок, даваемых окружающими в его адрес, хватание появляется как результат зрительно-моторных координаций и развития осязания. Приведенные примеры фактов, закономерностей и механизмов психического развития свидетельствуют, что в целостном процессе психического развития все они тесно связаны между собой, а изучаются психологией развития изолированно лишь для удобства их рассмотрения.

Процесс психического развития может быть описан, *во-первых*, как последовательное возникновение психических функций, когда каждая последующая функция появляется на основе каждой предыдущей. Поэтому существует определенная последовательность возникновения психических функций, которая не может быть нарушена. Например, вначале ребенок должен научиться сосредоточивать свой взгляд на лице взрослого и звуках его голоса, и только после этого он сможет понимать речь взрослого, обращенную к нему. Вначале ребенок должен научиться смотреть на предмет и только после этого – хватать этот предмет. *Во-вторых*, психическое развитие может быть рассмотрено и как процесс одновременного развития взаимосвязанных функций. Например, ребенок учится выполнять разнообразные действия с предметами, и у него одновременно развивается процесс восприятия. Таким образом, психическое развитие является процессом *системным и иерархичным*.

В процессе психического развития между психическими функциями устанавливаются определенные связи и отношения, которые носят закономерный характер.

В психологии развития описаны следующие виды закономерных отношений между функциями:

- *сензитивность развития*: наличие периодов, на протяжении которых та или иная психическая функция развивается особенно интенсивно, в это время психические функции особенно чувствительны к внешним воздействиям;

- *иерархичность развития* – взаимосвязь разных психических функций, выделение ведущей функции, подчиняющей себе развитие других функций;

- *неравномерность развития*: а) наличие стабильных периодов, когда развитие происходит медленно и постепенно, и кризисных периодов, когда развтие протекает скачкообразно, в быстром темпе; стабильные и кризисные периоды циклично сменяют друг друга; б) разные функции различаются темпом своего развития в разные возрастные периоды;

- *гетерохронность развития* – несовпадение во времени развития разных психических функций, разновременность их развития, или гетерохронность;

- *независимость развития* – психические функции могут развиваться независимо, не влияя на каком-то этапе друг на друга;

- *кумулятивность развития* – результаты развития функций накапливаются на предшествующей стадии, чтобы приобрести новое качество на следующей стадии;

- *дивергентность процесса развития* – повышение разнообразия психических функций, их дифференциация;

- *конвергентность процесса развития* – интеграция психических функций, свртывание нескольких функций в одну.

История психологии развития накопила немало теорий, которые описывают процесс и закономерности психического развития ребенка. Любая теория, описывающая психическое развитие ребенка, должна рассматривать две основные проблемы: проблему *содержания развития* и проблему *движущих сил развития*.

Создавая теорию развития, психологи должны отвечать на вопросы: какие изменения происходят в субъекте (ребенке), что именно развивается, и какова природа этих изменений. *Содержание развития* – это описание области психического у ребенка, которая рассматривается как изменяющаяся в процессе его жизни. Содержание развития – это определение и описание тех сторон психики, которые развиваются, по мнению автора теории, в первую очередь: ведь развитие именно этих сторон оказывает влияние и на развитие всех остальных.

***Движущие силы развития*** – это комплекс причин, факторов и условий, которые оказывают влияние на процесс развития. Определение движущих сил развития отвечает на вопрос о том, почему происходит процесс развития, почему ребенок не остается одним и тем же на протяжении своей жизни. Движущие силы психического развития можно описать с помощью следующих понятий:

* *предпосылки* психического развития – биологические особенности организма, нервной системы ребенка, индивидуально-типологические особенности;
* *источник* психического развития – социальная среда, окружающая ребенка; в нее включаются предметная среда и социальное окружение;
* *условие* психического развития – собственная активность ребенка, проявляющаяся в двух формах – его деятельности и общения с окружающими;
* *движущие причины* – создание и разрешение противоречий между потребностями и возможностями ребенка в процессе развития.

Уже в первых психологических теориях подчеркивался закономерный характер психического развития ребенка. Каждая теория развития ребенка либо напрямую, либо имплицитно (то есть скрыто и непрямо) отвечает также и на вопрос о том, существует ли влияние взрослых на развитие ребенка и какую роль играют взрослые в развитии ребенка. Отношения ребенка со взрослым сообществом – это очень важные отношения, которые оказывают влияние на развитие ребенка.

Теории развития ребенка пытаются описать изменения поведения и деятельности ребенка, его отношений с окружающими, его когнитивных и речевых способностей на определенных этапах жизни, предсказать и объяснить их. Использование теорий развития позволяет ученым и практикам оценить развитие каждого конкретного ребенка, предвидеть и прогнозировать возможные изменения в его жизни, а также создать условия для полноценного развития ребенка.

В истории психологии развития сложились два традиционных подхода к описанию и объяснению развития ребенка, его причин и движущих сил – это биогенетический и социогенетический подходы. Согласно биогенетическому подходу развитие ребенка определяется действием биологических причин, а содержание развития определено уже при рождении ребенка, сам процесс развития представляет собой лишь разворачивание заложенных в ребенке способностей. В объяснении движущих сил психического развития эти теории исходили из традиций естественных наук, в рамках которых процесс развития рассматривается как строго детерминированный материальный процесс, поэтому и процессу психического развития приписывали биологическую детерминацию. Идея биологической детерминации психического развития закономерно породила и представление о спонтанности развития ребенка.

Согласно социогенетическому подходу ребенок при рождении представляет собой «чистую доску», которая заполняется содержанием только прижизненно, а содержание развития ребенка целиком определяется воздействием на него окружающей среды. Эти два подхода породили одну из главных дискуссий в истории психологии развития, дискуссию о роли врожденного и приобретенного в развитии ребенка, о влиянии биологических и социальных факторов на процесс развития.

В конечном итоге спор по поводу детерминант психического развития привел к постановке проблемы движущих сил психического развития в ином ракурсе: что в развитии обусловлено биологически, а что – внешней средой. Показательным в этом плане является созданная В. Штерном теория конвергенции двух факторов.

Проблема относительного вклада среды и наследственности в развитие ребенка стала основной в новой отрасли психологии *психогенетике*, которая рассматривает взаимодействие наследственности и среды и его влияние на развитие ребенка в целом, на развитие его отдельных качеств и способностей, типов поведения, психопатологических симптомов и синдромов. В настоящее время уже сложилось единое мнение ученых, работающих в разных направлениях, что изменения в развитии ребенка зависят от взаимодействия генетических и средовых воздействий, причем ребенок уже давно не рассматривается как пассивный объект этих влияний. Различные факторы не только комплексно влияют на развитие ребенка – они и сами изменяются под воздей­ствием друг друга. Нервная система младенца весьма пластична и в значительной степе­ни формируется под влиянием его собственного опыта, опыта взаимодействия с окружающим миром.

В современных теориях психического развития индивид уже рассматривается не как пассивный объект воздействия среды и наследственности или их взаимодействия, а как участник и создатель собственного развития, который может преобразовывать себя и мир вокруг себя. Ребе­нок с рождения активно исследует мир, общается с людь­ми, то есть имеет собственные мотивы и цели, а не является просто созревающим и пассивно обучаемым объектом. Если по каким-то причинам стремление к исследо­ванию, потребность в общении отсутствует или существенно снижена, то шансы на успешное развитие ребенка очень малы. Это относится ко всем областям развития. Ребенок ос­ваивает язык только в том случае, если он знает, что с людьми можно общаться, воздействовать на них при по­мощи коммуникации, и хочет делать это более эффек­тивно. Ребенок начинает ползать и ходить, только если ему нужно до чего-то добраться. Он учится открывать коробки, если хочет достать то, что в них лежит или если ему интересен сам процесс открывания. В каждой теории развития описываются биологические факторы и факторы среды, анализируется собственная активность ребенка, однако теории отличаются друг от друга в зависимости от того, что они считают главным в развитии ребенка.

Теории психического развития ребенка очень важны для понимания закономерностей развития ребенка с отклонениями. Только зная нормальное развитие, мы можем понять законы отклонений в развитии и увидеть возможности оказания помощи особому ребенку. Описание теорий психического развития можно найти в любом учебном пособии по психологии развития или по возрастной психологии. На наш взгляд, наиболее важными для понимания закономерностей отклоняющегося развития являются теории М. Монтессори, В. Штерна, З. Фрейда, Э. Эриксона, теория привязанности Д. Боулби и М. Айнсворт, теории научения, культурно-историческая теория Л.С. Выготского, отечественные теории развития ребенка (А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин, П.Я. Гальперин А.В. Запорожец) [7; 12].

*Причины, условия и переменные, которые способствуют нормальному психическому развитию, способны помешать его течению, другими словами, привести к отклоняющемуся развитию.*

Современные теории развития описывают как общие закономерности процессов развития психики, так и развитие отдельных психических функций у детей. Так, например, рассматривается когнитивное развитие, моральное развитие, развитие идентичности, развитие Я-концепции и др. Развитие функций рассматривается при этом в связи с *задачами развития*. Понятие «задачи развития» было предложено американским педагогом Хэвигхарстом (Havighurst, 1948). Оно означало те умения и навыки, которые должны быть присвоены ребенком в том или ином возрасте. В другом определении *задача развития* описывается как стимул, «который имеет индивид в определенный момент своей жизни и успешное достижение которого делает его счастливым и ведет к успешному решению последующих задач. И, напротив, неудача делает индивида несчастным и приводит к неодобрению общества в решении следующих задач» [11, с. 50]. Таким образом, понятие задачи развития обозначает достижения ребенка в развитии, которые обязательны в определенном возрасте и которые свидетельствуют о благополучном процессе его развития.

Каждый исследователь в специальной психологи явно или имплицитно придерживается определенной теории развития ребенка. Однако надо понимать, что ни одна из теорий развития ребенка не описывает его развитие абсолютно полно и точно, и поэтому взгляд на ребенка с позиций только одной теории является недостаточным. Теории развития – это разные точки зрения на ребенка, и каждая теория – это взгляд на развитие ребенка только с одной стороны, поэтому ни одна из теорий развития не является абсолютно истинной или абсолютно ложной.

### 1.4 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля

1. Что изучает специальная психология?
2. Определите, что такое факты, закономерности и механизмы психического развития?
3. Каковы Ваши представления о ребенке с особенностями психофизического развития? Составьте описательный портрет такого ребенка.
4. Какие существуют понятия для обозначения особых детей? Какие из этих понятий для Вас являются приемлемыми и неприемлемыми? Обоснуйте свой выбор.
5. Какое место занимает специальная психология в системе наук о ребенке?
6. Чем по содержанию отличаются понятия «психология аномального развития», «детская патопсихология», «специальная психология»?
7. Сравните понятия: аномальное развитие и отклоняющееся развитие.
8. Какие медицинские дисциплины изучают ребенка с особенностями психофизического развития?
9. Какое место занимает специальная психология в системе клинических дисциплин?
10. Сравните понятия «психология развития» и «психопатология развития»; «психология аномального развития» и «психопатология развития».
11. Что изучает дефектология? Что такое «дефектологический квадрат»?
12. Почему появилось название «коррекционная психология»? Что она изучает?
13. В чем специфика специальной психологии? Какие задачи она решает?
14. Каково и прикладное теоретическое значение специальной психологии?

**Темы для групповых дискуссий**

* Когда студенты впервые знакомятся с существованием детей с отклонениями в развитии, особенно с теми, у кого имеются тяжелые расстройства, трудно поддающиеся коррекции, они испытывают тяжелые эмоциональные состояния, такие как шок, страх, беспокойство, тревога, удивление и гнев. В целом их состояние можно описать такими словами: «Почему люди допускают рождение и существование таких детей, ведь такие дети испытывают мучения, а какие мучения испытывают их родители! Нужно сделать все, чтобы такие дети не рождались или, если уж они и родились, то они не должны жить!» Другими словами, это призыв к насильственному лишению жизни детей с тяжелыми пороками развития.

*Выскажите свое мнение по данному вопросу.*

* Каков смысл существования в обществе детей с особенностями развития? Для чего такие люди нужны обществу?

*Выскажите свое мнение по данному вопросу.*

### 1.5 Библиография по теме «Специальная психология в системе психологического знания»

1. Асмолов, А.Г. Непройденный путь: от культуры «полезности» к культуре «достоинства» / А.Г. Асмолов // Вопросы психологии. – 1990. – № 6. – С. 5–12.
2. Венар, Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг ; под науч. ред А. Алексеева. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 384 с.
3. Выготский, Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах / Л.С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5 : Основы дефектологии / под ред. Т. А. Власовой. – 368 с.
4. Детская патопсихология: Хрестоматия: учеб. пособие для вузов / авт.-сост. Н.Л. Белопольская. – 2-е изд., испр. – М. : Когито-Центр, 2001. – 351 с.
5. Исаев, Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия / Д.Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2004. – 384 с.
6. Клиническая психиатрия. Детский возраст : учеб. пособие / Е.И. Скугаревская [и др.] ; под ред. Е.И. Скугаревской. – Минск : Выш.шк., 2006. – 463 с.
7. Крэйн, У. Теории развития. Секреты формирования личности / У. Крэйн. – 5-е междунар. изд. – СПб. : прайм-Еврознак, 2002. – 512 с.
8. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей: учеб. пособие / В.В. Лебединский. – М. : Изд-во МГУ, 1985. – 168 с.
9. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.,1999. – 592 с.
10. Раттер, М. Помощь трудным детям / М. Раттер ; пер. с англ. О.В. Баженовой, Г.Г. Гаузе; общ. ред. А.С. Спиваковской. – М. : Прогресс, 1987. – 420 с.
11. Ремшмидт, Х. Детская и подростковая психиатрия / Х. Ремшмидт ; пер. с нем. Т.Н. Дмитриевой. – М: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.
12. Сапогова, Е.Е. Психология развития человека: учеб. пособие / Е.Е. Сапогова. – М. : Аспект Пресс, 2001. – 460 с.
13. Семаго, М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : АРКТИ, 2001. – 208 с.
14. Сорокин, В.М. Специальная психология : учеб. пособие / В.М. Сорокин; под науч. ред. Л.М. Шипицыной. – СПб : Речь, 2003. – 216 с.
15. Специальная дошкольная педагогика : учеб. пособие для вузов / Е.А. Стребелева [и др.]; под ред. Е.А. Стребелевой. – М. : Академия, 2002. – 312 с.
16. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. В.И. Лубовского. – М. : Академия, 2005. – 464 с.
17. Специальная психология : учеб. пособие / Е.С. Слепович и др; под ред. Е.С. Слепович, А.М. Полякова. – Минск : Выш. школа, 2012. – 511 с.
18. Сухарева, Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. – М. : Медицина, 1974. – 320 с.
19. Шаповал, И.А. Специальная психология : учеб. пособие / И.А. Шаповал. – М.: ТЦ «Сфера», 2005. – 224 с.

# Глава 2 Ребенок с особенностями развития в общественном сознании

***Основные понятия.*** *Культура полезности, культура* *достоинства, инфантицид, призрение, изоляция, интеграция, стереотипы общественного сознания, стигматизация.*

**Содержание**

2.1 Отношение общества к людям с физическими и умственными недостатками (социально-исторический аспект).

2.2 Концепция обеспечения качества жизни и нормализации жизни ребенка и его семьи.

2.3 Стереотипы общественного сознания в отношении лиц с физическими и умственными ограничениями.

2.4 Краткий исторический очерк научного изучения детей с физическими и умственными недостатками.

2.5 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля.

2.6 Библиография по теме «Ребенок с особенностями развития в общественном сознании».

### 2.1 Отношение общества к людям с физическими и умственными ограничениями (социально-исторический аспект)

Дети с умственными и физическими недостатками существовали во все времена. Отношение общества к этим людям, их восприятие в обществе изменялось, и в разные исторические эпохи имело свои особенности. В любом обществе возникала необходимость определения отношения к таким детям, а затем и ко взрослым, так как их существование, наличие у них особых потребностей и ограниченных возможностей порождали социальные проблемы. И общество по-разному решало вопрос о том, что делать с такими людьми. Историк дефектологии Х.С. Замский [3] отмечает, что на характер отношения к лицам с умственными и физическими ограничениями оказывает непосредственное влияние уровень развития просвещения, здравоохранения, науки и культуры в целом. А.Г. Асмолов [1] предлагает рассматривать отношение к людям с ограниченными возможностями в зависимости от типа общества. Два типа общества были определены В.И. Вернадским как общество «культуры полезности» и «общество культуры достоинства». Культура, ориентированная на отношения полезности, а не достоинства, урезает время, отводимое на детство. Старость не обладает ценностью, а образованию отводится роль социального сироты, которого терпят лишь постольку, поскольку приходится тратить время на подготовку человека к исполнению полезных социальных функций. В культуре, ориентированной на отношения достоинства, ведущей ценностью является личность человека, независимо от того, может ли общество что-либо получить от этой личности. В культуре достоинства дети, старики и люди с недостатками в развитии священны, они находятся под охраной общественного милосердия.

Изменение социальной ситуации по отношению к людям с физическими и умственными недостатками происходит по следующим *направлениям*:

1) изменение критериев определения неполноценности;

2) изменение позиции общества по отношению к людям с физическими и умственными недостатками;

3) дифференциация позиции общества по отношению к разным категориям людей с физическими и умственными недостатками;

4) расширение научных знаний о людях с ограниченными возможностями.

В исследовании Н.Н. Малофеева [5] выделены и описаны пять периодов эволюции отношения общества и государства к людям с физическими и умственными недостатками.

*Первый период* (IX–VIII вв. до н.э. – XII в., Россия: 996–1706 гг.): «от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии».

*Второй период* (начало XII – конец XVII в., Россия: 1706–1806 гг.): «от осознания необходимости призрения лиц с отклонениями в развитии к осознанию возможности обучения хотя бы части из них».

*Третий период* (конец XVIII – начало XX в., Россия: 1806–1927 гг.): «от осознания возможности к осознанию целесообразности обучения трех категорий детей: с нарушением слуха, зрения, умственно отсталых».

*Четвертый период* (начало XX в. – 70-е г.г. XX в., Россия: 1927–1991 гг.): «от осознания необходимости обучения части аномальных детей к пониманию необходимости обучения всех детей».

*Пятый период* (с 1971–1975 по настоящее время, Россия: с 1991 по настоящее время) «от изоляции к интеграции».

На разных этапах развития общества существовали разные критерии «ненормальности человека», его отличий от других людей. Это связано с тем, что к человеку, к его физическим и психическим способностям, к его возможностям предъявлялись разные требования. С ростом уровня развития общества возрастали и требования к человеку, и критерии определения «ненормальности» и неполноценности становились все более сложными и более строгими.

В условиях, когда люди владели лишь примитивными орудиями труда и основной задачей было сохранение и поддержание жизни человека и жизнеобеспечение, неполноценными признавались только те люди, у которых наблюдались выраженные, грубые дефекты, и эти недостатки лишали их возможности добывать пищу и обеспечивать себя всем необходимым, даже с помощью самых примитивных орудий труда. В условиях более развитых производственных отношений, с появлением промышленного производства важным критерием полноценности является возможность получения профессии и выполнения трудовой деятельности. Для получения профессии необходим определенный уровень умственных способностей, а также ручной умелости, умения устанавливать элементарные социальные отношения с другими людьми. Поэтому неполноценными начали считаться не только люди с грубыми, выраженными дефектами, но и люди с интеллектуальной недостаточностью, а также люди, неспособные устанавливать отношения с другими, выделяющиеся своим поведением, так называемые люди «со странностями».

В современном информационном и высокотехнологичном обществе критерии «нормальности» стали еще более жесткими, так как от человека общество ждет социальной адаптированности и креативности, высоких достижений в овладении современными средствами коммуникации, информационными технологиями. Поэтому в число людей, которые считаются не соответствующими критериям нормальности, возросшим требованиям общества, попадает все большее число людей.

Позиция общества по отношению к людям с физическими и умственными недостатками также изменяется. В целом можно говорить о существовании тенденции к гуманизации, то есть отношение общества к таким людям становится все более гуманным. В первобытном обществе к неполноценным лицам относили тех, кто не мог добыть себе пропитание, а племя о таких людях не заботилось. Люди с различными уродствами предоставлялись сами себе, и они могли выжить только в том случае, если их психофизические возможности обеспечивали какие-то условия их выживания, если они могли вести борьбу за существование, иначе они погибали. В примитивных обществах дети, имеющие какой-либо дефект, не выживали физически. Если дети не могли участвовать в процессе добывания пищи, их даже умерщвляли.

История Древней Греции и Древнего Рима свидетельствует о том, что с неполноценными согражданами обращались негуманно, и такое обращение понималось как способ защиты от воздействия этих людей. Есть свидетельства о том, что существовал закон царя Спарты Ликурга (IX –VIII вв. до н.э.), предписывающий умерщвлять физически неполноценных младенцев, – это явление получило название инфантицида. Римлянам предписывалось убивать или топить детей, которые родились слабыми, хилыми и имели уродства. Объясняли это предписание правилами разума, согласно которым следует отделять негодное от здорового. Римское право относило так называемых умалишенных и глухонемых к категории недееспособных лиц и лишало их гражданских прав.

Жизнь ребенка с выраженными внешними уродствами в античном мире не представляла ценности ни для государства, ни для общества, ни для семьи. И согласно римскому законодательству, отец мог убить своего ребенка, если он родился хилым или обезображенным. Такое отношение к особым детям сохранялось в отдельных странах вплоть до XIX века, в частности, в Индии. Здесь таких детей оставляли в джунглях на произвол судьбы, и если они не погибали, то могли попадать «на воспитание» к животным. Данный мотив можно найти в древних легендах (например, Ромул и Рем), а также в литературных произведениях (сказка Р. Киплинга «Маугли»), хотя в литературном произведении многое является всего лишь литературным вымыслом.

Есть отдельные свидетельства того, что детей воспитывали животные, но когда их находили люди, они отличались крайне низким уровнем развития, а их воспитание в человеческих условиях не приводило к существенным изменениям: они по-прежнему отставали в своем развитии. Например, хрестоматийный случай Амалы и Камалы, двух девочек, найденных в лесу в Индии, скорее напоминающих животных, обычно трактуют как доказательство невозможности нормального развития ребенка вне условий человеческого общества. Более правдоподобной выглядит версия о том, что Амала и Камала с рождения имели физические и умственные недостатки, и их оставили в лесу [4].

В эпоху Средневековья в мировоззрении людей большую роль играли суеверия. Как отмечает Н.Н. Малофеев [5], носитель недуга воспринимался как существо неполноценное, а потому он не заслуживал внимания. Такой человек не мог рассчитывать даже на нейтральное отношение к себе окружающих, так как большинство людей в то время были убеждены, что врожденное уродство, глухота, слепота, сумасшествие есть наказание человеку за грехи, либо вмешательство в его судьбу Сатаны.

Религиозные воззрения на людей с различными недостатками, на причины их существования и на пути оказания им помощи оказывали большое влияние на складывающееся в обществе отношение к таким людям. Общая позиция большинства религий состоит в том, что не нужно пытаться исправить волю божью и дать этим людям больше того, что им дал Бог. В то же время следует о них заботиться и поддерживать.

Согласно одной позиции, «неполноценные» люди являются «детьми дьявола», это значит, что они несут в себе зло, они даны как наказание за грехи родителей и других предков, поэтому их надо презирать и изолировать. Родители должны нести кару за свой грех, заботясь о таком ребенке, расплачиваясь таким образом за свои и чужие грехи.

Согласно другой позиции, такие люди считаются «детьми Бога». Так, в славянских государствах на них смотрели как на блаженных, их обычно окружали ореолом святости, с благоговением вслушивались в их лепет, усматривая в нем божественное предписание. Существование таких людей объяснялось божьей волей, считалось, что такие люди нужны в интересах людей и Бога, чтобы предоставить возможность людям творить милость во имя Бога, осуществляя заботу и оказывая помощь таким людям. Семья, в которой родился такой ребенок, тоже рассматривалась как избранная семья, потому что это семья сильная, способная вынести то испытание, которое выпало ей с появлением ребенка с ограниченными возможностями.

Но общество иногда пыталось извлечь и пользу из существования людей с ограниченными возможностями. Например, в Древнем Риме, а затем и в других государствах существовал обычай иметь при дворе правителя и в богатых домах слабоумных, «дураков» на потеху хозяев и гостей. Люди с физическими и умственными отклонениями использовались также в качестве сборщиков подаяний и милостыни. В бедных семьях в слаборазвитых странах рождение слабоумного ребенка рассматривают как счастье, потому что успешно выпрашивающие милостыню слабоумные становятся основными кормильцами семьи [3].

Эпоха Возрождения, которая пришла на смену Средневековью, впервые позволила человеку взглянуть на себя открыто. В это время возвеличивается человеческий разум, проводится пропаганда человеколюбия. Именно в этот период впервые возникают и развиваются гуманистические тенденции по отношению к людям с физическими или умственными недостатками. Наблюдается повышение интереса и возникновение симпатий к людям, которые отличаются от большинства. Их отличие – в их нестандартности, свободе, непричастности к социальным стереотипам поведения. Философы и литераторы начинают использовать образ «дурачка», на фоне которого обычные люди обнаруживают свои самые плохие качества. В России калеки и юродивые особо почитались, а некоторые из них были даже отнесены к лику святых.

Период инфантицида в отношении к детям с физическими и умственными недостатками сменился пониманием недопустимости насильственного лишения жизни человека, каким бы он ни был. Это понимание связано, безусловно, с гуманизацией отношения к человеку в целом. Но общество должно было определить, каким образом организовать жизнь людей с ограниченными возможностями, которые не могли влиться в общий поток социальной жизни, проходить тот жизненный путь, который проходит большинство людей. Такие дети не могли, в частности, обучаться в одних условиях с обычными детьми, так как они не усваивали тот материал, который давался в школе. В то же время, оставленные без присмотра, эти люди способны были стать источником разнообразных проблем для общества. Скитавшиеся по дорогам люди, не имеющие средств к существованию, выброшенные на обочину жизни, становились виновниками многих преступлений.

Именно поэтому возникла новая социальная тенденция по отношению к таким людям – *«призрение*», или присмотр. Вначале некоторые люди с ограниченными возможностями нашли призрение в монастырях. На Руси еще с ХI века слабоумные призревались в Киево-Печерской лавре. При Иване Грозном в 1551 году в «Стоглавый судебник» была внесена статья о необходимости попечения нищих, больных и тех, «кои одержимы бесом и лишены разума». Этих лиц рекомендовалось помещать в монастыри, чтобы они не были «пугалом для здоровых». Однако этот закон не имел широкого применения. А в царствование Алексея Михайловича (XVII век) на Руси, как и в Европе, пылали костры, куда бросали людей, обвиняемых в колдовстве, и среди них оказывались юродивые. Обычай призревать в монастырях слабоумных людей получил широкое распространение при Петре I, так как многие бояре посылали туда своих сыновей с целью избежать для них военной службы. Поэтому Петр I запретил посылать в монастыри «дураков» без предварительного их освидетельствования. Он даже указал признаки, на основании которых можно судить, действительно ли человек является «ненормальным», или «дураком». «Дураками» он считал тех, кто «отповеди учинить не могут, не годятся ни в какую науку и службу; недвижимое к пустому приводят; к беспутству расточают» [3, с. 199]. Однако за пределами стен монастыря или аббатства люди с физическими и психическими недостатками были вынуждены бродяжничать и просить милостыню. Самые удачливые развлекали богатых в качестве шутов на ярмарках и при дворах.

Попытки призреть людей с ограниченными возможностями сыграли свою роль в формировании гуманистических настроений в обществе по отношению к ним. Однако общество должно было признать и свои обязанности по отношению к лицам с физическими и умственными ограничениями. К началу XVIII века возникает понимание необходимости и важности оказания помощи людям с физическими и умственными недостатками.

В результате возникли социальные институты, закрытые изолированные учреждения, куда начали помещать людей с ограниченными возможностями. В них осуществлялся, в первую очередь, присмотр, обеспечивались элементарные условия жизни и создавались условия для удовлетворения их потребностей. Несколько позже в таких заведениях, которые были названы местами призрения, а затем интернатами, начали проводить и специальное обучение в соответствии с потребностями и возможностями ребенка, обучать их навыкам самообслуживания и элементарным трудовым навыкам. Однако тенденция к призрению обернулась *изоляцией* таких людей от общества, так как для них создавались своеобразные «резерваты», где они жили.

В настоящее время наиболее актуальной является задача *интеграции* детей в общество. Интеграция людей с ограниченными возможностями в общество на доступном для них уровне – современная общественная тенденция. Это обозначает, что люди с ограниченными возможностями должны жить в обществе, реализуя свои права и обязанности. Для решения этой задачи необходимо, чтобы дети с ограниченными возможностями с самого рождения находились в обычной среде, вместе с нормально развивающимися детьми, включались в общение и деятельность с ними, приобретали знания, умения и навыки в соответствии со своими возможностями и потребностями.

### 2.2 Концепция обеспечения качества жизни и нормализации жизни ребенка и его семьи

В настоящее время актуальной и своевременной является концепция *обеспечения качества жизни и нормализации жизни ребенка и его семьи.*

Концепция *нормализации жизни ребенка и его семьи* [6] основана на положении об одинаковых потребностях любых детей, независимо от того, считаются они нормально развивающимися или нет. То есть в основе этой социальной модели лежит концепция равных прав и рав­ных возможностей для всех членов общества. «Мы счита­ем, что жизнь ребенка с нарушениями и его семьи дол­жна быть насколько возможно нормальной с самого рож­дения, а не когда-нибудь потом, когда ребенка удастся (или не удастся) вылечить или обучить» [6, с. 8].

Создатели этой концепции подчеркивают, что для всякого ребенка хороша нормальная жизнь дома, в своей семье, с людьми, которые его понимают и любят, а не в специальном учреждении. Нормальная жизнь обязательно включает в себя сво­боду, т.е. возможность выбирать, проявлять инициативу, принимать решения, которые другие люди будут уважать. Нормальная жизнь означает также включение в жизнь общества: возможность посещать детский сад или шко­лу, иметь друзей, ходить в кино и т.д.

Качество жизни людей определяется не их нарушениями, а именно тем, что мешает им вести полноценную жизнь, т.е. жить так же, как другие их ровесники, не имеющие нарушений. Нормализация жизни не означает, что человек с нарушениями становится «нормальным», т.е. человеком без нарушений, этот термин означает, что *жизнь человека* становится нормальной, такой же, как у дру­гих членов общества. Нормальное состояние жизни вклю­чает:

1. Нормальный (обычный) режим дня: работа, отдых и свободное время. Возможность изменять по своему же­ланию время подъема утром и продолжительность сна. Возможность жить территориально в одном месте, а ра­ботать в другом.
2. Нормальный (обычный) ритм недели: чередование рабочих дней и выходных, принятое в данном обществе.
3. Нормальный (обычный) ритм года: праздники, от­пуск такие же, как у других членов общества.
4. Нормальное развитие жизненного цикла: детство, от­рочество, юность, зрелость и старческий период.

Нормализация жизни детей с ограниченными возможностями предполагает уничтожение барьеров между людьми с нарушениями и другими членами общества. Существование физических, психологических и социальных барьеров недопустимо.

### 2.3 Стереотипы общественного сознания в отношении лиц с физическими и умственными ограничениями

При изоляции особых людей окружающие не могут выработать своего отношения к ним, складывается искаженное отношение из-за отсутствия общения с человеком или его крайней ограниченности. Особое отношение возникает за счет *стереотипов* обыденного сознания, которые актуализируются при восприятии незнакомых явлений, к которым для большинства людей относится и человек с умственными и физическими недостатками.

Восприятие человека человеком, или межличностная перцепция, имеет свои законы функционирования. Выделены и описаны различные *источники* восприятия одного человека другим, в том числе эти законы распространяются на восприятие здоровым человеком человека с ограниченными возможностями:

* восприятие другого человека через идентификацию (отождествление) его с самим собой;
* восприятие другого человека по аналогии с тем, как его воспринимают другие люди;
* восприятие другого человека через восприятие результатов его деятельности;
* непосредственное восприятие внешнего облика другого человека и сравнение его с другими людьми.

Анализируя источники восприятия человека человеком, можно придти к выводу, что образ человека с ограниченными возможностями у обычных людей будет в основном негативный, потому что происходит невольное сравнение людей с ограниченными возможностями с обычными, относящимися к здоровым людям. Внешний облик, искаженное гримасой лицо, выражение слабоумия на лице, отсутствующий взгляд, «пустые» глаза, текущая слюна, язык, который не помещается во рту, неправильная форма ушей, глазных яблок, дергающиеся или согнутые конечности и др. явно выдают отличия этих людей от большинства, и вызывают неприятные переживания. В деятельности такие люди также менее успешны, чем здоровые, поэтому их восприятие другими будет иметь негативную окраску. Сравнение инвалидов со здоровыми по многим признакам приводит к заключению о большей «полезности» и успешности здоровых людей. Такое сравнение явно работает против актуализации позитивных стереотипов в восприятии людей с ограниченными возможностями. Однако в социальной психологии, изучающей межличностное восприятие, доказано, что результаты восприятия человека человеком значительно улучшаются, а образ другого становится позитивно окрашенным при непосредственном контакте, в процессе общения и совместной деятельности. В ситуациях непосредственного контакта начинает действовать особый механизм: внимание человека переключается с внешнего облика на внутренние качества другого, с его недостаточности на его достижения и возможности.

Интеграция людей с ограниченными возможностями в общество с особой остротой ставит проблему взаимоотношений между ними и так называемой «здоровой» популяцией. Люди с ограниченными возможностями выступают как одно из меньшинств в обществе, поэтому можно говорить о проблеме отношений между большинством и меньшинством. Меньшинству приписывают следующие характеристики:

1. В обществе им отводится особое место (их поощряют к общению прежде всего «со своими»).
2. Большинство воспринимает их как «худших» по сравнению с собой.
3. Их сегрегация объясняется как существующая для их же блага.
4. Их оценивают на основе принадлежности к определенной категории, а не на основе индивидуальных характеристик.

Негативное восприятие людей с физическими и умственными недостатками характерно не менее чем для половины населения, однако существуют вариации в отношении, обусловленные их возрастом, полом и социально-экономическим положением. Кроме того, существуют вариации в отношении к этим людям, связанные с самой природой и видом нарушений: индивиды с психическими нарушениями *стигматизированы*, как правило, сильнее, чем индивиды с физическими нарушениями [7, c. 205–206].

*Стигма* – (от греч. «укол, клеймо, пятно») – метки или клейма на теле рабов или преступников в древности; *стигматизация –* особый вид отношения в обществе к людям, принадлежащим к меньшинству, это навешивание ярлыков, которое приводит к унижению, осмеянию, дискриминации, избеганию общения с людьми с физическими и умственными недостатками. Стигматизированные личности воспринимаются как «неполноценные» по сравнению с «нормальными».

Однако следует отметить, что в современном обществе стигматизированность постепенно уменьшается по следующим причинам: 1) хронические болезни и различные виды нарушений и отклонений затрагивают все большее количество семей; 2) в обществе распространяется информация о различных видах нарушений, а также проводится целенаправленная работа по формированию позитивного отношения к людям с физическими и умственными недостатками.

Наиболее типичными видами отношений «здоровой» популяции к особым людям, инвалидам, являются отчуждение, игнорирование, нездоровое любопытство и жалость, а также страхи. В обыденном сознании лица с ограниченными возможностями рассматриваются как группа, отделенная от других людей и существующая изолированно, а люди, принадлежащие к этой группе, наделяются специфическими характеристиками.

В обыденной жизни нор­мальные взрослые люди не всегда действуют, опираясь на логические выво­ды, доступные их интеллекту, они повинуются совершенно иным тенден­циям. Это стремление сохранить единство с социальной группой, то есть иметь такое же мнение, как и мнение той социальной группы, к которой человек принадлежит. Человеку свойственно стремление не изменять уже сложившееся мнение, следовать эмоциональным реак­циям, воспроизводить в своем поведении стратегии, сохраняющиеся веками. Ведущими, фунда­ментальными характеристиками *обыденного сознания* являются его не­рациональный характер и социальная природа [11]. Говоря об обыденном сознании, отмечают его нерациональный, противоречивый характер, игнорирование законов логики, отказ от научной информации. Перечисленные особенности близки к особенностям мифов, что позволяет го­ворить о мифологической природе обыденного сознания.

Бу­дучи принадлежностью индивидуальной психики, обыденное созна­ние в значительной степени связано с общественным сознанием, с социальными стереотипами, социальными представлениями. Содержание обыденного сознания во многом имеет нерациональный характер, но может включать в себя и элементы научного знания, которые свободно сосуществуют друг с другом. Со­держание обыденного сознания с трудом поддается рефлексии, но в то же время не является полностью бессознательным. Как правило, обычный человек не погружается в размышления о том, что для него реально и что он знает, как минимум до тех пор, пока не сталкивается с соответ­ствующими проблемами. Собственная реальность и собственное зна­ние этой реальности считаются для него само собой разумеющимися. Например, если в окружении человека нет людей с физическими и умственными недостатками, его жизнь и жизнь близких организована и обустроена как жизнь здоровых людей, не имеющих ограничений, такой человек будет считать такой распорядок нормальным, и самое главное, само собой разумеющимся. И для него не возникает вопроса о том, что где-то есть люди с физическими и умственными недостатками, и они испытывают серьезные проблемы. Размышления об этом появятся у человека только тогда, когда лично он или его близкие столкнутся с этой проблемой, когда произойдет несчастье, когда родится ребенок с особенностями развития или хотя бы тогда, когда все это случится с соседями или друзьями.

Эти характеристики обыденного сознания полностью применимы и к образу человека-инвалида. Инвалиды часто вызывают в сознании людей эмоционально негативные ассоциации, связанные с их внешним видом, физическими и умственными недостатками. Кроме того, общение с инвалидами зачастую сознательно игнорируется людьми из-за стремления защитить себя от тяжелых эмоциональных переживаний, а также из-за нежелания проявить некоторые усилия, которых требует общение с ними. От человека требуется терпение и особые умения: в общении с инвалидами нужно преодолевать трудности понимания человека с недостатками слуха, зрения, речи и интеллекта, возникает необходимость использования особых средств и способов общения с ними, организации совместной деятельности и др.

Окружающие проявляют нездоровое любопытство, видя необычных людей, которые вызывают жалость, зачастую избегают общения с ними, ведут себя дистанцированно и отчужденно. Ребенок с особенностями развития чувствует и осознает, что окружающие относятся к нему особым образом. Нездоровое любопытство – это не интерес к другому человеку как к личности, а интерес к необычному явлению, непохожему на все привычное и обыденное. Типичным отношением является также жалость к таким людям и противоположное ей чувство превосходства здоровых над больными, которое отражается в типичной лексике (например, «дурачок» или «калека»). Представители «здоровой» популяции склонны не замечать существование людей с ограниченными возможностями и связанных с ними проблем, так как они считают, что их эта тема не касается, и уверены, что никогда и не коснется.

Психические или физические недостатки человека могут вызывать даже у современного человека чувство страха, которое приводит к избеганию лиц с ограниченными возможностями или к осторожности по отношению к ним у лиц из «здоровой» популяции. Н.Н. Малофеев отмечает, что к человеку с выраженными психическими недостатками люди во все времена относились с предубеждением не только потому, что инвалид не мог участвовать в социальной жизни, но и потому, что у здорового человека он вызывал мистический страх [5]. Нарушения психики человека, особенности внешности человека и в его поведении еще и сейчас нередко трактуются как результат влияния таинственных темных сил.

### 2.4 Краткий исторический очерк научного изучения детей с физическими и умственными недостатками

Изучение людей с физическими и умственными недостатками вначале было сосредоточено на лицах с явными, выраженными, грубыми отклонениями. Среди таких людей, прежде всего, выделялись группы людей с нарушениями зрения и слуха (незрячие и неслышащие), затем группа так называемых «слабоумных», которые в настоящее время называются лицами с интеллектуальной недостаточностью. После периода длительного изучения и практики обучения слабоумных людей и людей с недостатками зрения и слуха, внимание исследователей было обращено и на другие категории людей с физическими и умственными недостатками. В поле зрения ученых попадали также и лица с различными психическими расстройствами, которых называли душевнобольными, или помешанными. И если на первых этапах к этим людям относили и слабоумных, то в дальнейшем стали различать две группы больных – слабоумных и душевнобольных.

Первая классификация отклонений принадлежит французскому психиатру Филиппу Пинелю (1745–1826), в которой тупоумие и идиотия стали рассматриваться как две особые формы психозов. Он рассматривал идиотию как психическое заболевание, при котором наблюдается остановка в развитии интеллектуальных или аффективных способностей. Идиотия – одна из своеобразных форм безумия (аменция). Различается 4 вида идиотии по степени их тяжести: состояние, близкое к животному; состояние, при котором имеются некоторые понятия и физические потребности; глупость – состояние, при котором имеются в какой-то степени разум и речь; имбецилизм – состояние, при котором у субъекта наблюдается постепенное ухудшение некогда имевшегося разума.

Ученик Пинеля Жан-Этьен-Доминик Эскироль (1772–1840) впервые четко разграничил врожденное и приобретенное слабоумие. Он разработал многоплановые классификации слабоумия, положив в их основу разные критерии. Среди людей, страдающих слабоумием, стали различать субъектов с разными возможностями. Умственная отсталость впервые была определена как стойкое состояние, отличное от психических заболеваний, сопровождающееся интеллектуальной недостаточностью.

В конце XVIII–начале XIX веков среди врачей, педагогов и общественных деятелей разворачивается дискуссия о возможностях обучения детей с умственными ограничениями. Большинство специалистов высказывали большие сомнения в возможности обучения слабоумных детей. Многие даже не пытались этим заниматься, считая такую идею утопической. Но еще великий педагог Ян Амос Коменский (1592–1670) считал, что можно обучать всех детей с отклонениями. Он полагал, что из человеческого образования нельзя исключить никого, кроме не человека.

Впервые возможность воспитывать и обучать слабоумных детей была доказана известным французским психиатром Жаном Итаром на рубеже XVIII и XIX веков. Он предпринял попытку обучить мальчика Виктора, найденного им в лесу под городом Авейроном. Это был совершенно одичавший ребенок в возрасте 11–12 лет. Он находился в постоянном движении, кусался и царапался, у него не было обнаружено никаких проявлений умственных способностей. Французская академия наук поручила Жану Итару заниматься с мальчиком. Итар не сделал Виктора нормально развивающимся ребенком, однако он убедил окружающих в том, что даже самые глубокие слабоумные небезнадежны и способны к совершенствованию.

Французский психиатр Эдуард Сеген, работавший во второй половине XIX века, уделял большое внимание изучению психологических особенностей умственно отсталых детей. Он обратил внимание на проявления у них недостаточности волевой сферы и считал, что это является ведущим психологическим дефектом при умственной отсталости, определяющим остальные недостатки. Он придавал особое значение развитию органов чувств у людей с ограниченными умственными способностями, подчеркивал, что путь развития умственно отсталых детей лежит через сотрудничество, через социальную помощь другого человека.

В конце XIX века внимание ученых и практиков было сосредоточено не столько на детях с тяжелыми формами умственной отсталости, симптомы которой были очевидны. В связи с развитием промышленного производства и системы образования стали обращать внимание на лиц с легкими формами умственной отсталости, чье отставание в развитии обнаруживается лишь в процессе обучения или в процессе производительного труда. Поэтому главным объектом изучения становятся дети с легкими формами умственной отсталости. Научные исследования были направлены на разработку критериев и классификаций умственно отсталых детей по актуальному состоянию и перспективам их развития. Эти данные были необходимы для решения вопросов об открытии специализированных учреждений для разных категорий детей.

Представители медицинских кругов основные усилия сосредоточивали на клиническом изучении умственной отсталости, на поисках ее причин, на раскрытии материальных причин аномалии в развитии. Слабоумие начали рассматривать как состояние атипического развития в результате действия различных вредностей на организм ребенка в разные сроки его развития (Э. Крепелин, С.С. Корсаков. В.П. Сербский, Г.И. Россолимо, Г.Я. Трошин). Этими и многими другими авторами разрабатывались разнообразные подробные классификации умственной отсталости, которые основывались на разных критериях. Эта ситуация не удовлетворяла исследователей, которые не могли систематизировать полученные разнородные данные.

Представители тестологии (А. Бине, Т. Симон) реализовали в своих работах психометрический подход к оценке умственного развития. *Психометрия –* это измерение интеллектуальных и других способностей ребенка с помощью метода тестов.В тестологии сущность умственной отсталости понималась как преимущественно количественное отставание развития ребенка от нормально развивающегося сверстника. Поэтому основной задачей исследований была разработка методов диагностики для разграничения нормально развивающихся детей от умственно отсталых детей. Работы этих ученых были началом разработки методов диагностики умственной отсталости, а также разработки тестов для измерения уровня интеллектуального развития нормально развивающихся детей. Выделение из общей массы детей с умственной отсталостью двух групп – с тяжелыми и с легкими нарушениями – продемонстрировало осознание учеными необходимости дифференцированного подхода к разным категориям детей.

Психологические данные о незрячих и неслышащих людях появляются впервые также в работах врачей и педагогов. Первые упоминания о детях и взрослых с недостатками зрения и слуха содержались в работах крупнейшего французского тифлопедагога В. Гаюи, создателя первых учреждений для слепых во Франции и в России, в работах французского сурдопедагога Ш.М. Делепе, появившихся еще в конце XVIII века. В России в работах сурдопедагогов В.И. Флери, А.Ф. Остроградской, Ф.А. Рау содержится немало тонких наблюдений и описаний психологических особенностей людей с нарушениями слуха. Сурдопедагог Н.М. Лаговский создал одну из первых классификаций людей, имеющих нарушения слуха, он также отмечал большую роль зрительного восприятия в компенсации нарушений психического развития при глухоте. Но специальные психологические исследования этих категорий детей и взрослых отсутствуют вплоть до начала XX века, когда появляются собственно психологические исследования (А.А. Крогиус, А.М. Щербина, В.Г. Короленко, Е. Келер, К. Бюрклен, А.Н. Поросятников).

По данным В.М. Сорокина уже «в начале XX столетия в специальной психологии наблюдается активная внутренняя дифференциация. Первоначально, в соответствии со сложившейся системой обучения и воспитания аномальных детей, начинают складываться такие ее отрасли, как сурдопсихология, тифлопсихология и олигофренопсихология» [9, с. 73].

С конца 60-х годов ХХ века внимание ученых привлекла группа детей, которые испытывали устойчивые трудности в обучении. Эти дети, не имевшие стойких выраженных умственных нарушений, были названы детьми с задержкой психического развития. Начала формироваться новая ветвь специальной психологии – психология детей с задержкой психического развития. Большой интерес исследователей вызывает также группа детей с синдромом гиперактивности и дефицитом внимания. В середине ХХ века, отталкиваясь от работ Л. Каннера и Г. Аспергера, а в нашей стране в 70-е годы ХХ века, были начаты обширные исследования еще одной группы детей – с детским аутизмом (В.В. Лебединский, К.С. Лебединская, О.С. Никольская).

Но до сих пор в специальной психологии разные области исследований представлены неравномерно. До последнего времени специальная психология, как отмечает В.И. Лубовский [10], остается в основном психологией *школьников* с психическими и физическими недостатками, а объем психологических знаний о взрослых людях и о детях дошкольного возраста весьма невелик. Ранние периоды развития и отклонения в развитии ребенка в раннем онтогенезе представлены только в единичных работах. Также мало исследованы и особенности психики при тяжелых и глубоких степенях нарушений в развитии.

Обращаясь к истории изучения детей с особенностями психофизического развития, мы получаем много информации, которая остается ценной и в наше время. Мы видим также, что исследования в этой области всегда имели как теоретическое, так и в большей степени практическое значение. Эти исследования были в конечном итоге направлены на разработку системы оказания специальной помощи лицам, которые живут в обществе, но которые не могут по своим возможностям включаться наравне со всеми в социальную жизнь и обеспечивать собственную жизнедеятельность.

### 2.5 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля

1. От каких факторов зависит отношение к ребенку с особенностями в развитии в обществе?
2. По каким линиям происходит изменение социальной ситуации по отношению к людям с физическими и умственными ограничениями?
3. Изложите свой взгляд на понятия «культура полезности» и «культура достоинства».
4. Какие Вы знаете этапы эволюции отношений общества к лицам с физическими и умственными ограничениями?
5. Как моджно объяснить существование инфантицида?
6. Почему люди с умственными и физическими ограничениями создают угрозу обществу и порождают социальные проблемы, если общество не осуществляет заботу о них?
7. В чем причины тенденции к изоляции таких людей в обществе?
8. Как вы понимаете сущность интеграции в общество людей с физическими и умственными ограничениями?
9. Каковы основные положения концепции нормализации жизни детей с особенностями развития?
10. В чем сущность стигматизации людей с физическими и умственными ограничениями? Как это явление обнаруживается в обыденной жизни?
11. Каковы стереотипы отношения к людям с физическими и умственными недостатками в обыденном сознании?
12. По каким признакам «здоровая» популяция воспринимает людей с особенностями?
13. Объясните, почему классификации людей с умственными и физическими недостатками становятся все более подробными?
14. Какое значение имело изучение детей с особенностями развития для становления психометрии как отрасли психологии?
15. Обоснуйте, почему дети с легкими задержками в развитии и дети с аутизмом попали в поле зрения исследователей только в середине ХХ века.
16. «Способ классификации людей с ограниченными возможностями и слова, которые употребляют при описании таких людей, отражают и определяют состояние наших умов» [8, с. 29]. Как Вы понимаете данное высказывание? Приведите примеры, подтверждающие эту цитату. Выскажите свое мнение по этому вопросу.

### 2.6 Библиография по теме «Ребенок с особенностями развития в общественном сознании»

1. Асмолов, А.Г. Непройденный путь: от культуры «полезности» к культуре «достоинства» / А.Г. Асмолов // Вопросы психологии. – 1990. – № 6. – С. 5–12.
2. Выготский, Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах / Л.С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5 : Основы дефектологии / под ред. Т.А. Власовой. – 368 с.
3. Замский, Х.С. Умственно отсталые дети : История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины ХХ века : учеб. пособие / Х.С. Замский. – М. : Издательский центр «Академия», 2008. – 368 с.
4. Лангмейер, Й. Психическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага : Авиценум, 1984. – 334 с.
5. Малофеев, Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Европа : учеб. пособие / Н.Н. Малофеев. – М. : Просвещение, 2009. – 319 с.
6. Нет «необучаемых детей»: книга о раннем вмешательстве / под ред. Е.В. Кожевниковой и Е.В. Клочковой. – СПб. : КАРО, 2007. – 352 с.
7. Селигман, М. Обычные семьи, особые дети / М. Селигман, Р. Дарлинг. – М. : Теревинф, 2007. – 368 с.
8. Современные подходы к болезни Дауна / под ред. Д. Лейна и Б. Стрэтфорда. – М. : Педагогика, 1991. – 336 с.
9. Сорокин, В.М. Специальная психология : учеб. пособие / В.М. Сорокин; под науч. ред. Л.М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 216 с.
10. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. В.И. Лубовского. – М. : Академия, 2005. – 464 с.
11. Улыбина, Е. Психология обыденного сознания / Е. Улыбина. – М. : Смысл, 2001. – 263 c.

# Глава 3 Отклоняющееся психическое развитие как базовое понятие специальной психологии (этиология, содержание и движущие силы психического дизонтогенеза)

***Основные понятия.*** *Норма, норма развития, норматив, нормативный показатель, нормативный срок; критерии отклонений в развитии; способы задания нормы психического развития; социально-психологический норматив.*

*Отклоняющееся развитие, аномальное развитие, нарушенное развитие, нарушения психического развития, психические нарушения, клиническая квалификация нарушений, психологическая квалификация нарушений, дизонтогенез, психический дизонтогенез, этиология психического дизонтогенеза.*

*Факторы вариативности отклоняющегося психического развития, виды отклоняющегося развития, закономерности отклоняющегся развития, структура дефекта, межфункциональные связи, регресс, ретардация, распад, асинхрония, изоляция, акселерация функций.*

*Возраст, биологический возраст, психологический возраст при отклоняющемся развитии.*

**Содержание**

3.1 Общая характеристика отклоняющегося психического развития.

3.2 Дихотомия «норма – патология» в специальной психологии.

3.3 Научный вклад Л.С. Выготского в специальную психологию.

3.4 Факторы отклоняющегося психического развития (психического дизонтогенеза).

3.4.1 Биологические факторы.

3.4.2 Социальные факторы.

3.5 Закономерности отклоняющегося психического развития.

3.5.1 Психологическая структура нарушений как проявление закономерностей отклоняющегося психического развития.

3.5.2 Возраст и возрастная периодизация при отклоняющемся психическом развитии.

3.5.3 Компенсация в процессе отклоняющегося психического развития.

3.5.4 Факторы вариативности отклоняющегося психического развития.

3.5.5 Классификация отклоняющегося психического развития.

3.6 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля.

3.7 Библиография по теме «Отклоняющееся психическое развитие как базовое понятие специальной психологии (этиология, содержание и движущие силы психического дизонтогенеза)».

### 3.1 Общая характеристика отклоняющегося психического развития

В специальной психологии длительное время использовалось понятие аномального развития, но в последнее годы термин «аномальное развитие» перестал удовлетворять ученых и практиков. Прежде всего, это связано с непринятием терминологии, которая используется по отношению к детям с особенностями развития и носит оценочный характер. «Аномальный» обозначает «необычный», выходящий за пределы нормы, как и термин «ненормальный», он имеет явно негативный оценочный характер. При использовании термина «аномальный» акцент делается скорее на необычности ребенка (ср.: магнитная аномалия, погодная аномалия), а не на особенностях процессов развития, которые наблюдаются при данной аномалии.

Однако еще в работах Л.С. Выготского встречается другой термин – «уклонение развития» [3, с. 15]. В свою очередь, Л.С. Выготский ссылается на заимствование этого термина у немецкого детского психолога В. Штерна, автора теории конвергенции двух факторов. Термин «уклонение» обозначает любое изменение в направлении развития ребенка.

Поэтому был предложен термин «отклоняющееся развитие», который обозначает, что развитие ребенка отклоняется от того пути, по которому, развиваясь, проходит большинство детей. И сейчас вместо названия дисциплины «психология аномального развития» все чаще употребляется название «психология отклоняющегося развития». Одно из ключевых понятий этой дисциплины – это «психический дизонтогенез» (диз – нарушение, расстройство; онтогенез – индивидуальное развитие ребенка), который понимается как отклонение от хода нормального онтогенетического развития ребенка.

***Отклоняющееся* *психическое развитие*** – это нарушение как самого процесса психического развития, так и его результатов, это уклонение в сторону от нормального хода психического развития. Поэтому понятие отклоняющегося развития не может не основываться на четком знании и понимании логики и последовательности нормативного развития ребенка. «Само понятие «отклоняющееся развитие» отражает одновременно и качественно-количественные, и статико-динамические характеристики состояния ребенка. …Ценностью и сутью данного понятия является то, что его необходимо рассматривать только в ситуации «отклонения относительно чего-либо. …В последнее время понятие отклоняющегося развития получило признание и у ведущих специалистов в области коррекционной педагогики» [17, с. 27]. При рассмотрении отклоняющегося развития допустимо использовать в качестве синонимов термины «нарушения в психическом развитии», «отклонения в развитии ребенка».

В специальной психологии принято положение Л.С. Выготского о том, что закономерности нормального и отклоняющегося развития одинаковы (обоснование этого положения Л.С. Выготским см. ниже). Положение об общих закономерностях нормального и отклоняющегося развития – это констатация того, что *предпосылками* развития в обоих случаях являются головной мозг, строение тела, пол ребенка, особенности его внешнего облика. Психическое развитие (как нормальное, так и отклоняющееся) осуществляется при *условии* общения ребенка с окружающими, носителями социального опыта, его собственной деятельности в социальной среде. Социальная среда является *источником* как нормального, так и отклоняющегося развития. Движущими причинами психического развития является возникновение и разрешение противоречий в ходе развития, и это положение относится как к нормальному, так и к отклоняющемуся развитию.

При рассмотрении процессов отклоняющегося развития, или нарушений психического развития, следует различать два термина – *«нарушения психического развития» и «психические нарушения». Психические нарушения* – это нарушения психического отражения окружающей действительности, нарушения функционирования психики, при которых не складывается истинная картина мира и невозможна адекватная регуляция человеком собственной активности. *Нарушения психического развития* – это нарушения процесса и результатов развития в результате изменения закономерностей психического развития, его предпосылок, условий, источников. Понятия «отклоняющееся развитие» и «нарушения психического развития» могут использоваться как синонимы, хотя и имеют некоторые смысловые оттенки. Нарушения психического развития могут наблюдаться как при наличии психических нарушений, так и при их отсутствии.

В каждой из научных дисциплин, изучающих ребенка с особенностями психофизического развития, – психологии развития, детской неврологии и психиатрии, коррекционной педагогике и др. – осуществляется специфическая для данной науки квалификация нарушений психического развития. *Клиническая квалификация нарушений* принята в медицинских дисциплинах, где анализируются отдельные болезненные формы, их этиология, патогенез, клинические симптомы и синдромы, течение болезни и ее исход. Клинические симптомы рассматриваются как результат патофизиологических процессов в головном мозге. Среди клинических симптомов в психиатрии выделяют *негативные симптомы* (снижение уровня интеллектуального функционирования, уменьшение концентрации внимания, снижение памяти, утрата сформированных навыков) и *продуктивные симптомы* (судороги, страхи, галлюцинации, психомоторная расторможенность).

В специальной психологии используется *психологическая квалификация нарушений*, согласно которой клинические симптомы являются не результатом патофизиологических процессов головного мозга, а проявлением нарушений процесса психического развития. Большинство детей с патологией нервной системы способны к психическому развитию. В процессе взаимодействия с окружающим миром у них появляются новые психические качества и свойства, и дети становятся способными к взаимодействию с окружающим миром на новом уровне. Конечно, если ребенок развивается в условиях патологии нервной системы, процесс его развития нарушается с самого рождения. *Но процесс развития ребенка совершается*, его можно наблюдать объективно, подтвердить с помощью психодиагностических средств; оценить продвижения в развитии можно также субъективно, через оценку ребенка другими людьми. Исключение составляют лишь дети с прогрессирующими заболеваниями нервной системы, при которых патологические процессы в головном мозге не останавливаются, а продолжаются. К ним относятся злокачественная эпилепсия и шизофрения, некоторые наследственные, дегенеративные заболевания нервной системы. Распад нервной ткани приводит к прогрессирующему распаду психики, который выражается в утрате ребенком ранее приобретенных психических качеств, умений и навыков. Чем быстрее ухудшается состояние нервной системы, тем быстрее происходит распад психики.

Специфика клинической и психологической квалификации нарушений психического развития хорошо видна на следующих примерах. В неврологии и психиатрии *олигофрения* рассматривается как проявление ранней дизонтогении головного мозга с преимущественным недоразвитием более поздно формирующихся мозговых структур, и прежде всего лобной коры головного мозга. В специальной психологии рассматривается *психическое недоразвитие* как особый вид нарушений развития, наблюдающийся при олигофрении. В неврологии рассматриваются дети с детским церебральным параличом, у которых основными клиническими симптомами являются различные виды нарушения движений. В психологии при этом анализируется особый вид отклоняющегося психического развития – *дефицитарное развитие*, вызванное недостаточностью движений у детей. В детской психиатрии анализируется такое заболевание, как детский аутизм, а в специальной психологии – особый вид отклоняющегося психического развития, называемый *искаженным развитием,* которое наблюдается у детей с аутизмом.

### 3.2 Дихотомия «норма – патология» в специальной психологии

***Для чего необходимо знать о норме психического развития?*** Основным понятием в специальной психологии является понятие отклоняющегося развития. Оно не может рассматриваться без понятия *нормы*, которое, в свою очередь, конкретизируется в понятии *нормы психического развития.* Отклоняющееся развитие обозначает отклонение от такого вида развития ребенка, которое может быть названо «нормальным развитием». Поэтому изучать, что собой представляет отклоняющееся развитие, невозможно без понимания того, что такое нормальное развитие, каких детей можно называть «нормально развивающимися», и по каким признакам можно отличить «нормально развивающегося ребенка» от ребенка с отклоняющимся развитием.

Критерии (признаки) отличия нормы от ненормы являются результатом прошлого опыта взрослых, они интуитивны и неосознанны и актуализируются только при встрече с необычным ребенком. Представления взрослых о нормальном развитии ребенка оказываются во многом сходными с суждениями известных ученых, которые занимались проблемами отклонений в развитии и поведении детей. Известный английский специалист в этой области М. Раттер [14] формулирует *критерии отклонения поведения детей от нормы.* По его мнению, поведение является отклоняющимся от нормы, если:

* поведение не соответствует возрасту ребенка: то, что нормально в одном возрасте, в других возрастах является отклонением;
* поведение не соответствует полу ребенка: то, что нормально для ребенка одного пола, может являться отклонением для ребенка другого пола;
* расстройства поведения сохраняются длительное время;
* изменения в поведении стабильны, они не являются результатом сложных для ребенка жизненных обстоятельств;
* поведение ребенка не соответствует социокультурным нормам той среды, в которой он живет;
* наблюдаются множественные нарушения в поведении;
* отклонения в поведении не являются простым результатом неправильного воспитания ребенка;
* изменения в поведении не являются индивидуальной особенностью ребенка, они необычны и нетипичны для данного ребенка.

Приведем примеры использования разных критериев для определения нормальности-ненормальности в развитии и поведении ребенка. В качестве одного из таких критериев может выступать необычное *для возраста* поведение ребенка:

*первый пример*: ребенок 7 лет еще не может извлекать квадратные корни, но если он это делает, то это считается отклонением от нормы; если ребенку 14 лет, то это считается нормальным;

*второй пример*: ребенок 5 лет постоянно сосет палец, но он уже не должен это делать, хотя это считается условно нормальным для ребенка на первом году жизни;

*третий пример*: ненормально, если ребенок 3,5 лет сосет молоко из бутылочки с соской – это считается нормальным для ребенка до полутора лет;

*четвертый пример*: ребенок 4,5 лет сходил в туалет на пол в комнате в присутствии гостей, а он это должен делать только в туалетной комнате; такое поведение может считаться забавным для ребенка второго года жизни, но ненормальным для ребенка на пятом году жизни.

В качестве критерия может выступать также поведение, которое не соответствует *полу ребенка:*

*первый пример:* мальчик интересуется губной помадой и румянами;

*второй пример*: в семь лет мальчик играет в куклы, хотя в этом возрасте мальчики уже не интересуются куклами;

*третий пример*: девочка четырех лет подолгу играет с машинками, которых у нее целый автопарк, но девочки обычно интересуются куклами, а если попадают в игрушечный автопарк, то стремятся там навести порядок.

При определении ненормальности в развитии ребенка могут также быть и упоминания *на недостаточность в развитии какого-то качества или функции*, появление которых, по мнению взрослых, привязано к конкретному возрасту:

*первый пример*: к полутора годам любой ребенок, даже самый ленивый, уже ходит самостоятельно;

*второй пример*: в пять лет ребенок уже свободно разговаривает со взрослыми, а не использует только жесты или звуки;

*третий пример*: в шесть лет ребенок должен легко запоминать стихотворения, чтобы потом рассказать на утреннике в детском саду, и если ребенок старше 6 лет это не делает, то можно считать, что с его развитием что-то не так.

Возможны также указания и на *необычность поведения ребенка*, которое ранее в его прошлом опыте не встречалось:

*первый пример*: при виде новых людей ребенок прячется под кровать и забирается в самый дальний угол;

*второй пример*: ребенок не умеет прыгать и бегать, умеет только ходить;

*третий пример*: ребенок истошно кричит при виде сосновых шишек или когда слышит жужжание мухи.

При определении нормальности или ненормальности может использоваться и *признак частоты* проявлений какого-либо поведения:

*первый пример*: ребенок моет руки через каждые 10–15 минут;

*второй пример*: ребенок просыпается ночью через каждые два часа, много и подолгу плачет;

*третий пример*: ребенок ходит, бегает или прыгает почти все время, пока не спит.

Справедливости ради надо отметить, что иногда под признаками отклонений от нормального развития ребенка называют и такие особенности его поведения, которые всего лишь доставляют неприятности и дополнительные заботы взрослым. Взрослые хотят видеть ребенка спокойным и послушным, а ребенок далеко не всегда является таковым. Взрослым не всегда нравится, когда ребенок хочет немедленно обладать тем предметом, который он увидел; не всегда нравится его чрезмерная активность и любознательность, его стремление задавать вопросы, желание играть с мамой, а не сидеть одному в комнате, пока мама занята. Не каждый взрослый готов признать, что настойчивость и упорство, а иногда и упрямство ребенка отклонениями от нормы не являются.

Мы видим, что в обыденном сознании представления о нормальности/ненормальности описывают не только *отклонения «со знаком минус»*, когда ребенок отстает в развитии, а также и *отклонения «со знаком плюс»,* когда ребенок опережает своих сверстников. В этих представлениях фиксируются как количественные отличия ребенка от сверстников, когда у ребенка какое-то поведение или какое-либо качество проявляются часто и больше или реже и в меньшей степени, так и качественные отличия, когда наблюдается такое поведение, которое просто нетипично для детей. Поэтому к признакам не-нормы относят и избыточные проявления какого-либо качества, и его недостаточные проявления. Например, к признакам *недостаточности* относят низкую активность, неспособность к концентрации внимания, сниженную скорость мыслительных процессов, недостаточность следов прошлого опыта, низкую степень эмоциональности, сниженное настроение, сниженную работоспособность. К избыточным проявлениям относят, наоборот, повышенную активность, двигательную расторможенность, избыточные движения в отдельных частях тела, повышенную эмоциональность, избыточную впечатлительность и страхи, многоречивость, навязчивое требование внимания со стороны взрослых.

К признакам не-нормы иногда относят и *отсутствие какой-то негативной модели поведения.* Например, нас может беспокоить, если трехлетний ребенок во всем с нами соглашается, никогда не говорит «нет», а старается быть подчеркнуто послушным. Нас может насторожить также тот факт, что шестилетнему ребенку все равно, с кем играть – с мальчиками или с девочками, так как в этом возрасте дети предпочитают играть со сверстниками своего же пола. Мы можем волноваться и переживать, если полуторагодовалый ребенок не огорчится при расставании с матерью. Взрослых может встревожить, если подросток не игнорирует их общество и их мнение, не предпочитая, как все подростки, общество сверстников и не ориентируясь на мнение сверстников.

*Каким образом и из какого источника взрослые (в том числе специалисты) узнают о том, как должны развиваться дети, то есть о том, каково содержание норм развития ребенка определенного возраста, каким должен быть ребенок определенного возраста?*

Нормы психического развития задаются обществом и транслируются через конкретных взрослых, воспитывающих детей. Существуют разные *способы фиксации и задания норм психического развития.*

*Во-первых*, это наблюдения за развитием детей разного возраста и регистрация типичных достижений большого количества детей определенного возраста. Накапливая свои впечатления о том, как развиваются дети и чего они достигают, взрослые тем самым устанавливают для себя какие-то нормы развития детей.

*Во-вторых*, взрослые предлагают детям материалы для игры, для занятий. Для детей разного возраста они предлагают разные материалы, понимая, что нужно ориентироваться на потребности и возможности ребенка. Тем самым взрослые узнают для себя, что является нормальным для ребенка определенного возраста. Так, существуют специфические игрушки для детей разных возрастов, материалы для рисования, конструирования, книги разного содержания, которые предлагаются детям только в определенном возрасте.

*В-третьих,* разработаны программы обучения и воспитания детей разного возраста в семье, в дошкольных учреждениях, в школах, в которых «заданы» возможности ребенка определенного возраста. Подтверждением того, что программы фиксируют нормы психического развития ребенка, служат следующие факты: при усложнении этих программ автоматически появляется больше детей, которые эти программы освоить не могут, и их рассматривают как отстающих в развитии. Обратная картина наблюдается при упрощении программ, когда с ними справляются большее количество детей. Программы обучения и воспитания являются ориентиром в оценке нормальности развития ребенка, в первую очередь, для педагогов, которые хорошо знают эти программы.

Возникают закономерные вопросы: *для чего нужно знать, что такое норма развития ребенка, чем отличается нормально развивающийся ребенок, по каким признакам это можно установить*? Отвечая на этот вопрос, можно назвать несколько причин, по которым знания о нормальном развитии являются существенными и необходимыми для понимания законов развития особого ребенка и организации работы с ним:

* организовать особые виды помощи ребенку, в том числе образовательную и медицинскую, следует только тогда, когда точно известно, что он в ней нуждается, то есть его развитие выходит за рамки нормального развития;
* показатели нормального развития, или нормативные показатели, являются ориентиром, который указывает на направления работы с ребенком, определяет, к чему нужно стремиться, занимаясь с ним;
* развитие ребенка в норме представляет собой ту модель, которую мы должны воссоздать в процессе коррекционной работы с особым ребенком; только зная, в какой последовательности развивается ребенок, какие этапы в своем развитии проходят психические функции и качества, можно наметить те шаги, следование которым приведет к возникновению и развитию этой функции у особого ребенка;
* знание нормы позволяет контролировать ход и процесс развития особого ребенка в процессе организованной помощи, оценивать результативность проведенной работы и планировать ее дальнейшее содержание.

Прежде чем будет вынесено заключение, является ли развитие и поведение ребенка отклоняющимся от нормы, исчезнет ли нарушение с возрастом, будет ли ребенок в дальнейшем развиваться благоприятно, нужно усвоить большой объем информации о том, что такое *нормальное развитие*, каким признакам оно соответствует, какие факторы на него оказывают влияние.

Прежде всего необходимо рассмотреть общенаучное содержание понятия «норма», выделить существенные свойства и функции нормы. В «Современном философском словаре» норма определяется следующим образом. Латинское norma – это руководящее начало, правило, образец, узаконенное установление, обязательный порядок, строй чего-либо. Поэтому норма это: 1) средняя величина, характеризующая какую-либо массовую совокупность случайных событий, явлений; 2) понятие, обозначающее границу (меру трансформации), в которых природные и социокультурные явления и системы, человеческая деятельность, поведение и общение сохраняют свои качества и функции; задают их внутреннюю соразмерность (упорядоченность). Нормы выполняют функции организации, регуляции и контроля [21].

Исходя из определения понятия нормы, можно выделить ее существенные *свойства.* Норма имеет *социально-историческое происхождение*: это свидетельствует о том, что данное понятие вне социума не существует: вслед за изменениями в обществе следовали и изменения принятых в нем норм. Норма имеет культурно-этническую специфику: ее содержание, а также способы задания нормы будут различны в разных культурах. Кроме того, человек ориентируется на те нормы и правила, которых придерживаются люди его класса, группы, что задает неоднородность нормативных требований и предписаний внутри общества. Отсюда вытекает еще одно свойство нормы – ее *изменчивость*. Норма не является застывшим, статичным образованием, характеризующимся стабильностью и неизменностью. Функционирование норм в обществе, в первую очередь, связано с потребностями его отдельных слоев, поэтому изменение потребностей определенной социальной группы влечет за собой и изменение принятых в обществе или в отдельных его слоях норм. Нормам присуще такое свойство, как *глобальность,* т.е. все сферы реальности – природной, социокультурной, психической – подчинены действию определенных норм. Понятие «норма» будет иметь смысл там, где присутствуют *закономерные* изменения, а случайные события не попадают в область действия нормы. Функцию же системы отсчета выполняет норма, которая определяется как типичное, среднее, часто встречающееся, и в этом отражается *статистический подход* к определению нормы [1]. Такая норма устанавливается эмпирически: это наиболее часто встречающиеся результаты выполнения заданий теста группой испытуемых. Параметры этой нормы будут находиться в прямой зависимости от состава группы, то есть выборки стандартизации, от ее количественных и качественных характеристик. Полученная совокупность первичных результатов еще не является нормой. Их необходимо упорядочить с помощью измерительных шкал. Результаты при упорядочивании должны образовать график, который называется *кривой нормального распределения* [1] и который отражает действие закона нормального распределения исследуемого признака в популяции.

Для вычисления промежутка нормативного отклонения от центра используется величина *дисперсии*, или среднего квадратичного отклонения **σ**, которое выполняет роль единицы измерения при определении нормы. Промежуток от – 1 σ до + 1 σ охватывает 68,26 % испытуемых, от – 2 σ до + 2 σ – 95,44 % испытуемых, а от – 3 σ до + 3 σ – 99,72 %. Таким образом, согласно статистическому подходу определить нормативность индивидуального результата означает найти место индивидуального результата на графике распределения результатов выполнения заданий тестов группой испытуемых из выборки стандартизации. Как правило, за норму принимаются результаты, находящиеся в пределах от – 1 σ до + 1 σ, что охватывает 68,26 % испытуемых. Но данная позиция не всеми принимается, так как в разряд нормы попадают менее 3/4 испытуемых (что составляет 75%).

***Различные аспекты и подходы к пониманию нормы психического развития в психологии.*** Процессы психического развития также попадают под действие норм. Использование норм в качестве показателей успешности хода психического развития становится возможным потому, что развитие имеет закономерный характер, то есть однотипные изменения наблюдаются у всех людей одного возраста, живущих в сходной социально-культурной среде. Изучение закономерностей процесса развития дает возможность предвосхищать его результаты и на основе этого предвидения формулировать определенные нормы (нормативы). В соответствии с нормативами можно построить теоретическую модель нормального психического развития, и на ее основе возможно разграничение процессов нормального и отклоняющегося развития.

Для экзистенциально-гуманистических подходов к развитию личности достаточно показательным является отрицание проблемы нормы развития ребенка. Это типично также и для тех педагогических систем и технологий, которые основаны на идеях гуманистической психологии, теориях свободного воспитания, например, педагогика М. Монтессори, Вальдорфская педагогика и т.п. В этих педагогических системах подчеркивается уникальность, неповторимость каждого ребенка, акцентируется внимание на собственном пути и темпе его развития.

В истории психологии развития нормативный подход к анализу психического развития появился еще в 19 веке, он связан, прежде всего, с именами А. Гезелла и Л. Термена [8]. Их вклад в психологию развития состоит в том, что они положили начало становлению ее как нормативной дисциплины, то есть дисциплины, описывающей достижения ребенка в процессе роста и развития. Согласно теории детского развития, разработанной А. Гезеллом, начиная с рождения, у ребенка через определенные промежутки времени, строго в определенном возрасте появляются конкретные формы поведения, доступные объективной фиксации, и эти формы поведения последовательно сменяют друг друга. Исходя из этих исследований, можно определить понятие *нормативного срока* появления функции. Это возраст ребенка, который является предельным для появления той или иной психической функции. Если эта функция появляется позже нормативного срока, то это обозначает, что психическое развитие отклоняется от нормального хода.

Психодиагностический подход к пониманию нормы психического развития явился основой для разработки множества разнообразных тестов для оценки психического развития детей [1]. Эти тесты можно использовать как для определения места ребенка в ряду его сверстников по развитию определенных качеств, выявляемых с помощью данных тестов, для контроля за ходом его психического развития, а также и для отнесения ребенка к нормально развивающимся или к находящимся за пределами нормы. Однако для этого должны быть разработаны конкретные показатели, по которым можно судить, соответствует ли показанный ребенком результат нормативному результату*.* Эти показатели называются нормативными*.*

*Нормативные показатели – это конкретные факты развития ребенка, проявляющиеся в его поведении, деятельности или речи, доступные объективной фиксации, которые возникают у большинства детей в определенном возрасте и которые свидетельствуют о нормальном развитии ребенка в данной сфере.*

При *оценке* уровня развития ребенка нельзя использовать нечеткие определения его поведения и деятельности. Вот примеры таких неудачных определений: «у ребенка возрастает словарный запас», «поведение ребенка становится все более упорядоченным», «активный словарный запас составляет более 1500 слов», «ребенок может длительное время концентрировать свое внимание на том, что он делает». Эти определения довольно размытые, неконкретные, их можно приложить к ребенку разного возраста, а поэтому они не имеют статуса нормативных показателей.

Нормативный показатель устанавливается опытным путем с использованием статистических критериев обработки результатов массовых тестовых обследований детей. Он выражается разными способами:

- в баллах;

- путем указаний на возраст, в котором ребенок выполняет данное задание полностью самостоятельно и в течение фиксированного времени;

- описанием качественной характеристики того, как выполняет данное задание ребенок в определенном возрасте.

В предлагаемых ребенку заданиях на этапе создания методики часто используется определенный диагностический материал, и именно этот материал должен применяться в дальнейших исследованиях и практических разработках. В случае если какая-либо диагностическая методика не была проведена на достаточной статистически обоснованной выборке испытуемых, указания на нормативные показатели ее выполнения оказываются достаточно размытыми, скорее рекомендательными для обследующего. В этом случае указываются возрастные особенности выполнения задания детьми или особенности выполнения этого же задания детьми разных категорий.

Ограничения психодиагностического подхода к норме психического развития состоят еще и в том, что психическое развитие многомерно, оно представляет собой изменение системы качеств и свойств. Развитие не может быть сведено к простой сумме единичных параметров, изучаемых с помощью отдельных методик или батарей тестов. Нормальность психического развития невозможно определить через отдельную характеристику или выявить по результатам выполнения отдельного задания или групп (батарей) заданий. «Разбиение» же психики на отдельные сферы, выделение в их рамках отдельных критериев, построение по каждому из них своего графика создает угрозу рассмотрению психики как целостности. Возникает опасность механистического соединения множества полученных норм в определенную сумму, что по существу приведет к исчезновению понятия «норма психического развития» как такового. Следовательно, принимая во внимание все вышеперечисленные обстоятельства, для оценки состояния испытуемого необходима такая модель, которая позволила бы снять все противоречия и охарактеризовать (оценить) психику человека в целом, в совокупности и взаимосвязи отдельных свойств и в их развитии.

В качестве такой модели можно избрать модель возрастной периодизации психического развития. В отечественной психологии психическое развитие ребенка рассматривается как форма присвоения общественно-исторического опыта (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин). Специфика детского развития состоит в том, что его конечные формы не даны, а заданы: психическое развитие осуществляется по заданному в обществе образцу, который реализуется ребенком через собственную активность в форме присвоения общественно-исторического опыта. Таким образом, закономерный характер развития уже предполагает существование нормативной модели психического развития. Психическое развитие детей носит в целом нормативный характер, так как все дети развиваются в одном направлении, приобретая общественно-исторически обусловленные человеческие способности, а закономерности психического развития одинаковы для всех детей.

*В качестве обобщенной нормативной модели психического развития можно рассматривать возрастную периодизацию психического развития*, которая отражает объективные закономерности и глобальные изменения в психике и личности развивающегося человека. В возрастной периодизации, принятой в отечественной психологии (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, А.Н. Леонтьев), в качестве критериев периодизации рассматриваются социальная ситуация развития, ведущая деятельность и основные психологические новообразования возраста. На каждом возрастном этапе складывается особая социальная ситуация развития, то есть целостное отношение ребенка с окружающим миром, что определяет место ребенка в системе общественных отношений. Производной от социальной ситуации развития является ведущая деятельность, внутри которой происходят самые существенные изменения в психике и личности ребенка. Итогом развития ребенка на данном этапе являются возрастные психологические новообразования, то есть те психические качества, которые приобретает ребенок в конце данного возраста. Отсюда следует, что критериями нормальности хода психического развития является формирование у ребенка основных новообразований к концу каждого возрастного периода. Однако в настоящее время использование данной возрастной периодизации ограничено из-за того, что она недостаточно дробная для применения ее в практических целях. Новообразования возникают в конце возрастных периодов. А как можно оценивать развитие ребенка на промежуточных этапах, то есть в середине каждого периода? Данный вопрос требует дальнейшей научной разработки.

***Норма психического развития определяется следующим образом:***

* Среднестатистические показатели, которых должен достичь ребенок к определенному возрасту, так как большинство детей к данному возрасту достигают этих показателей; норма понимается как норматив, принятый в данной социо-культурной среде (когнитивистская и бихевиористская традиции в психологии). Согласно этому подходу для оценки уровня развития ребенка и его соответствия возрастным нормативам нужно зафиксировать, выполняет ли ребенок те задания, которые обычно выполняют дети его возраста.
* Система показателей, нормативов, которые должен продемонстрировать ребенок к определенному возрасту, для того, чтобы его развитие могло осуществляться *далее* в соответствии с всеобщими закономерностями психического развития. При данном подходе фиксируется внимание на существовании строгой последовательности в развитии у ребенка психических функций. Если какая-либо их этих функций будет развиваться с отставанием, за ней последуют и другие функции, и в конечном итоге отставание в развитии будет накапливаться. Поэтому важно достижение нормативных показателей не само по себе, а как условие действия устойчивых закономерностей развития ребенка.
* Норма как отсутствие патологии (психодинамическая традиция в психологии), как отсутствие отклонений от возрастного психического развития (отечественная традиция). При таком подходе нормальное развитие будет оцениваться через призму отклонений, и если специалистам станет известно какое-нибудь новое отклонение или новое расстройство, то существенно изменятся и представления о том, какое развитие считать нормальным.
* Соответствие ребенка социально-психологическим нормативам, отраженным в требованиях общества к ребенку, в программах воспитания и обучения, в представлениях взрослых, воспитывающих ребенка, о том, каким ребенок должен быть (К.М. Гуревич). Социально-психологический норматив определяется как система требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов, эти требования и составляют содержание социально-психологического норматива [17]. Требования, составляющие содержание СПН, представлены в имплицитном виде в образовательных программах, в квалификационных профессиональных характеристиках, в собирательном мнении учителей, воспитателей, родителей. Социально-психологический норматив рассматривается не как предел развития, а как обязательный минимум. При изменении программ обучения и воспитания детей соответственно изменятся и требования к нормальному развитию ребенка.
* Норма психического развития как социокультурный идеал (эталон): идеал, который может быть достигнут ребенком в определенных условиях его развития [19].
* Способ мышления исследователя и практика о ребенке и закономерностях его развития в соответствии с личностными и профессиональными мотивами. Суждение о нормальности развития ребенка зависит от того, какими мотивами руководствуется оценивающий, для чего ему это нужно, какие профессиональные задачи он решает. Если нужно отделить норму от патологии, применяются одни показатели нормального развития, более мягкие. Если нужно отобрать детей в группу с углубленным изучением какого-либо предмета, то используются другие критерии, более жесткие. Если нужно оценить продвижения ребенка в процессе коррекционной работы и психотерапии, используются третья группа показателей развития ребенка.

Противники использования понятия нормы психического развития предостерегают всех ученых и практиков, которые вынуждены использовать это понятие, от его непродуманного использования. Применение понятия нормы не является самоцелью, оно необходимо там и тогда, когда нужно определить круг детей, нуждающихся в организации особых условий обучения и воспитания, для ориентировки в процессе развития и для планирования работы по вмешательству в развитие ребенка.

### 3.3 Научный вклад Л.С. Выготского в специальную психологию (теория культурно-исторического развития высших психических функций)

Лев Семенович Выготский (1896–1934) – выдающийся ученый, чьи достижения признаны мировым научным сообществом. Его вклад в психологию развития, а также в специальную психологию до сих пор невозможно переоценить. Л.С. Выготский разработал теорию психического развития ребенка, которое понимается как форма присвоения социально-исторического опыта. Теория культурно-исторического развития высших психических функций и сформулированный на ее основе закон развития высших психических функций, понятия интериоризации и зоны ближайшего развития входят в золотой фонд психологии развития. Эти понятия имеют и прикладное значение как основа психодиагностики и психологической коррекции развития ребенка. В специальной психологии (которая во времена Л.С. Выготского развивалась внутри дефектологии) он известен описанием законов культурного развития аномального ребенка, понятиями структуры дефекта и компенсации. Во времена Л.С. Выготского детей с особенностями психофизического развития было принято называть аномальными детьми, а также использовать термин «аномальное развитие».

Л.С. Выготский писал: «… дефектология изучает развитие, у которого есть свои законы, свой темп, свои циклы, свои диспропорции, свои метаморфозы, свое перемещение центров, свои структуры; … это есть особая и относительно самостоятельная область знания о глубоко своеобразном предмете» [4, с. 33].

Наиболее общие законы развития нормально развивающегося ребенка прослеживаются и в развитии особых детей, другими словами, *существуют общие закономерности нормального и отклоняющегося (аномального) развития.*

***۞Иллюстрация***

«Признание общности законов развития в нормальной и патологической сфере – краеугольный камень всякого сравнительного изучения ребенка. Но эти общие закономерности находят своеобразное конкретное выражение в одном и в другом случае. Там, где мы имеем дело с нормальным развитием, эти закономерности реализуются при одном комплексе условий. Там, где перед нами развертывается атипичное, уклоняющееся от нормы развитие, те же самые закономерности, реализуясь в совершенно другом комплексе условий, приобретают качественно своеобразное, специфическое выражение, не являющееся мертвым слепком, фотографическим снимком с типичного детского развития» [4, с. 196].

Общим для нормального и отклоняющегося (аномального) психического развития является их *социальная обусловленность*. Учение о развитии высших психических функций выдвигает социальную обусловленность психического развития ребенка на первый план. Л.С. Выготский утверждал, что существует два вида психических функций – низшие и высшие. Высшие психические функции являются основным предметом изучения и воздействия в психологии. К ним относятся память, мышление, речь, чтение, письмо, и др. Психические функции не даны ребенку, а заданы в культуре, и ребенок в процессе активного взаимодействия со взрослым при освоении общественно-исторического опыта присваивает психические функции как общечеловеческие способности, что и составляет содержание его психического развития.

Высшие психические функции (ВПФ) не являются врожденными, они приобретаются в процессе взаимодействия ребенка с другими людьми, носителями культурно-исторического опыта, то есть ВПФ являются *социальными* по происхождению. Высшие психические функции являются *опосредованными* по строению, так как осуществляются с помощью *знаков – заместителей реальных предметов.* К знакам относится жест, слово, цифра, схема, картинка, план, карта и др., они служат заместителями реально существующих предметов. Так, слово «книга» является символическим заместителем книги, а цифра «5» является символическим заместителем пяти предметов, существующих в реальности. Ребенок вначале усваивает знаки, а затем начинает пользоваться ими. Так, он использует знаки, то есть слова, например, для рассуждений или для рассказа о чем-то, с помощью картинок он может запоминать, а с помощью цифр устанавливать связи между количествами предметов. Знаки являются также основным средством общения между людьми.

Высшие психические функции по функционированию являются *произвольными,* то есть ребенок может сам управлять своими функциями, может их усовершенствовать. Вначале это делают взрослые, когда с помощью знаков управляют вниманием, памятью, мышлением и речью детей. Так, если взрослый хочет, чтобы ребенок сосредоточил внимание на каком-то предмете, он может указать на этот предмет с помощью указательного жеста. Если взрослый хочет, чтобы ребенок выполнил какое-то задание, он сообщит об этом ребенку в словесной форме, чем побудит его сделать нужные действия, то есть заставит функционировать волевые качества ребенка. Взрослый научит ребенка лучше запоминать, если материал для запоминания распределит по группам, логически связанным между собой, после чего ребенок легко сможет запомнить большое количество слов. Взрослый также сможет использовать картинки для того, чтобы ребенок вспомнил слова и предложения, которые они повторяли на предыдущем занятии. На следующем этапе ребенок уже сможет управлять собой, используя знаки для влияния на собственные психические функции. Так, ребенок, которому тяжело везти машинку по коврику, скажет себе: «Вези, вези машинку через коврик», а ребенок, который захочет быстро запомнить стихотворение, будет использовать логические связи и ассоциации. Если ученик захочет быть внимательным на уроке, он будет про себя повторять: «Надо быть внимательным».

Таким образом, происходит процесс *интериоризации*, то есть переход внешнего во внутреннее. Происходит переход знаков, которые использовали взрослые для управления поведением ребенка, во внутренний план, во внутренние психические структуры самого ребенка. Постепенно ребенок самостоятельно может использовать знаки для управления собственным поведением так, как до этого делали взрослые по отношению к нему самому.

Краеугольным камнем теории культурно-исторического развития высших психических функций у Л.С. Выготского является *закон развития высших психических функций.* Эти функции имеют социальное происхождение, и развиваются они по своему закону:

***۞Иллюстрация***

«Каждая высшая психическая функция появляется в процессе развития поведения дважды: сначала как функция коллективного поведения, как форма сотрудничества или взаимодействия, как средство социального приспособления, т.е. как категория интерпсихологическая, а затем вторично как способ индивидуального поведения ребенка, как средство личного приспособления, как внутренний процесс поведения, т.е. как категория интрапсихологическая» [4, с. 197].

«Проследить переход коллективных форм сотрудничества в индивидуальные формы поведения ребенка – и значит уловить принцип построения высших психических функций в их становлении» [Там же].

Итак, Л.С. Выготский считал, что каждая высшая психическая функция «появляется на сцене» дважды – первый раз как функция интерпсихическая, то есть в общении со взрослыми, а второй раз как функция интрапсихическая, то есть собственная функция самого ребенка.

Логическим следствием закона развития высших психических функций является сформулированное Выготским понятие «зона ближайшего развития». Это понятие имеет большое теоретическое и практическое значение. Оно показывает, как ребенок может осваивать что-то новое – то, что он ранее не мог и не умел, и то, что теперь стало достоянием его развития.

*Зона ближайшего развития – это разница между тем, что ребенок может делать с помощью взрослого и тем, что он может делать самостоятельно.*

То, что ребенок может делать самостоятельно, называется *уровнем его актуального развития*, а то, что он может делать с помощью взрослого – *уровнем ближайшего развития*. Разница между уровнем актуального развития и уровнем ближайшего развития и называется зоной ближайшего развития.

Процесс психического развития ребенка состоит в том, что уровень ближайшего развития становится уровнем актуального развития, и появляется новый уровень ближайшего развития.

Утверждая, что нормальное и аномальное развитие ребенка имеют сходные закономерности, Л.С. Выготский тем не менее описывал *особенности аномального развития*. Он сформулировал понятия и законы, описывающие процесс аномального развития, которые до сих пор востребованы учеными и практиками и которые используются в новейших исследованиях. *«Ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не есть просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, но иначе развитой»,* – писал Л.С. Выготский [4, с. 7]. В этой простой формулировке сконцентрированы основные положения о закономерностях аномального развития ребенка. Словосочетание *«иначе развитой»* – краеугольный камень в понимании закономерностей аномального развития.

***۞Иллюстрация***

«Мы никогда не получим по методу вычитания психологии слепого ребенка, если из психологии зрячего вычтем зрительное восприятие и все, что с ним связано. Точно так же и глухой ребенок не есть нормальный ребенок минус слух и речь», «…дефективный ребенок представляет качественно отличный, своеобразный тип развития», «… личность слабоумного ребенка есть нечто качественно иное, чем просто сумма недоразвитых функций и свойств» [Там же].

В этих высказываниях акцентируется внимание на том, что своеобразие аномального ребенка не может быть понято в рамках традиционного количественного подхода, когда ребенок рассматривался как простая сумма его нарушений, или с негативной стороны, как недостаточность каких-либо функций по сравнению с нормальным развитием.

Л.С. Выготский подчеркивал, что особенности психического развития аномального ребенка определяется, в частности, особыми условиями *социальной и предметной среды*, в которой растет такой ребенок. При нормальном психическом развитии сложившиеся культурные формы, присваиваемые ребенком, конгруэнтны нормальной психофизической организации, другими словами, условия социальной среды соответствуют психофизиологическим возможностям ребенка. Для аномального ребенка необходимы особые, соответствующие его природной организации, культурные формы, специфические условия среды. Для таких детей обычная среда не подходит, она не соответствует их потребностям и возможностям, и поэтому не является полноценным источником их развития.

Неоспоримым вкладом Л.С. Выготского в специальную психологию является положение о структуре дефекта. Рассматривая динамику развития так называемого «дефективного, умственного отсталого и трудновоспитуемого» ребенка, ученый показал и положительные стороны личности этих детей. Оптимистическая установка на поиск положительного у всех детей является одной из ведущих во всех его дефектологических работах. Те функции, которые оставались *сохранными* у аномальных детей, могли составить, по мысли Л.С. Выготского, основу для развертывания их потенциальных возможностей.

До Л.С. Выготского в дефектологии главенствовала идея об обособленности психических функций, и ученые удовлетворялись чисто описательной характеристикой нарушений по отдельным функциям и симптомам. Учение Выготского разбивало представления о нарушениях отдельных и независимых друг от друга функций.

Л.С. Выготский подчеркивал необходимость изучения не только симптомов того или иного нарушения, но и формирование межфункциональных связей, то есть связей между психическими функциями, которые и составляют сущность изменений. В процессе развития особых детей происходит особое, своеобразное для каждого нарушения изменение структуры дефекта. Соотношение психических функций изменяется: одни функции (сенсорные, интеллектуальные, волевые, эмоциональные, речевые) выпадают или задерживаются в своем развитии, другие компенсаторно развиваются под влиянием упражнения или специального обучения и сами влияют на разные стороны личности ребенка.

Ученый обнаружил неравномерность развития психических функций при разных видах нарушений, установил соотношение между первичными, вторичными и третичными нарушениями.

***۞Иллюстрация***

«…картина умственной отсталости и других форм ненормального развития ребенка представляет в высшей степени сложное строение. Ошибочно думать, что из дефекта, как из основного ядра, прямо и непосредственно могут быть выделены все решительно симптомы, характеризующие картину в целом. На самом деле оказывается, что те особенности, в которых проявляется эта картина, имеют очень сложное строение. Они обнаруживают чрезвычайно запутанную структурную и функциональную связь и зависимость и, в частности, показывают, что наряду с первичными особенностями такого ребенка, вытекающими из его дефекта, существуют вторичные, третичные и т.д. осложнения, вытекающие не из самого дефекта, но из первичных его симптомов. Возникают как бы добавочные синдромы ненормального ребенка, как бы сложная надстройка над основной картиной развития» [4, с. 204–205].

«Наибольшие возможности развития ненормального ребенка заложены скорее в области высших, чем низших функций» [4, с. 205].

«…низшие, элементарные процессы, с одной стороны, наименее воспитуемы, наименее зависимы в построении от внешних воздействий, от социального развития ребенка. С другой стороны, они, являясь первичными симптомами, вытекающими непосредственно из самого ядра дефекта, настолько тесно связаны с этим ядром, что победить их не удается до тех пор, пока не будет устранен сам дефект. А так как устранение дефекта есть в огромном большинстве случаев дело практически невозможное, то естественно, что и борьба с первичными симптомами была заранее обречена на бесплодие и неудачу» [4, с. 206].

«…недоразвитие высших процессов не первично, но вторично обусловлено дефектом, следовательно, то место, куда должны быть направлены все усилия воспитания для того, чтобы в этом наиболее слабом месте разорвать цепь» [4, с. 206].

*Первичный дефект* – это нарушения, которые вытекают непосредственно из биологической природы болезни, которые отражают сущность, характер и степень поражения головного мозга и анализаторов. Так, при поражении зрительной системы первичным дефектом является отсутствие зрения, слухового анализатора – отсутствие слуха, при поражении двигательных зон коры и подкорковых структур – отсутствие или нарушение движений.

*Вторичный дефект* возникает опосредованно как результат развития ребенка в условиях первичного дефекта. Ученым были выделены два основных фактора, определяющих отклоняющееся развитие: время возникновения первичного дефекта и степень выраженности первичного дефекта. Чем раньше обнаруживает себя первичный дефект, когда еще не сформировалась вся система функций, тем более тяжелыми будут вторичные отклонения. Глубина поражения или степень выраженности первичного дефекта определяет разные условия аномального развития. Чем глубже первичный дефект, тем больше страдают другие функции. Так как психика имеет системное строение, вторичные отклонения, в свою очередь, становятся причиной недоразвития других психических функций.

*Главной областью компенсации и коррекции развития аномального ребенка* Л.С. Выготский считал повышение культурного развития – развития высших психических функций, общения, усиление социально-трудовых отношений. Чем дальше отстоит нарушение от пораженного органа и связанного с ним первичного отклонения, тем легче это нарушение поддается лечебно-педагогическому воздействию.

Учение Л.С. Выготского *о дефекте и компенсации* вносит существенный вклад в специальную психологию. Рассматривая сущность процессов компенсации, он приходит к выводу о двустороннем характере последствий дефекта: *с одной стороны,* происходит недоразвитие функций, непосредственно связанных с болезнью, *с другой стороны*, возникают приспособительные компенсаторные механизмы.

***۞Иллюстрация***

«С одной стороны, дефект есть минус, ограничение, умаление развития; с другой – именно потому, что он создает трудности, он стимулирует повышенное, усиленное движение вперед. Центральное положение современной дефектологии следующее: всякий дефект создает стимулы для выработки компенсации. Поэтому динамическое изучение дефективного ребенка не может ограничиваться установлением степени и тяжести недостатка, но непременно включает учет компенсаторных – замещающих, надстраивающихся, выравнивающих процессов в развитии и поведении ребенка» [4, с. 9].

Таким образом, Л.С. Выготский утверждал, что у аномального ребенка наблюдается превращение «минуса дефекта в плюс компенсации». Он постоянно указывал на то, что наличие у аномального ребенка какой-то одной или нескольких недоразвитых функций совсем не свидетельствует о недоразвитости его личности в целом. Он считал, что ребенок с дефектом не является непременно дефективным ребенком, а степень его «дефективности и нормальности» зависит от исхода социальной компенсации, то есть от конечного формирования личности.

Обобщим главные положения теории Л.С. Выготского, отражающие закономерности психического развития особого ребенка:

* положение о системности строения психики человека, в силу которой нарушение одного из звеньев изменяет функционирование психики в целом;
* выделение уровней актуального и ближайшего развития ребенка и определение зоны ближайшего развития;
* утверждение об идентичности факторов, обусловливающих нормальное и аномальное (отклоняющееся) развитие;
* определение структуры дефекта, выделение первичного, вторичного и третичного дефектов, что является основой построения коррекционной работы с ребенком.

### 

### 3.4 Факторы отклоняющегося психического развития (психического дизонтогенеза)

Термин «дизонтогения» впервые употребил Швальбе в 1927 г., обозначая с его помощью отклонения *внутриутробного* формирования структур организма от нормального развития. Впоследствии под этим термином стали понимать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости. В специальной психологии термин «дизонтогенез» начали использовать с прилагательным «психический», обозначая тем самым нарушения психического развития, отклонения развития от его нормального хода. Идеи нарушений развития ребенка в работах отечественных психологов, психиатров, дефектологов получили свое преломление в понятии психического дизонтогенеза (Г.Е. Сухарева, В.В. Лебединский, В.И. Лубовский и др.).

Приизучении отклоняющегося развития необходимо выяснить, почему существуют такие дети, почему они появляются на свет или почему они становятся такими? Другими словами, необходимо понять причины психического дизонтогенеза, причины существования детей с особенностями психофизического развития.

*Этиология* обозначает комплекс причин и условий, вызывающих какое-либо расстройство или заболевание, следовательно, этиология психического дизонтогенеза – это комплекс причин и условий, приводящих к отклоняющемуся развитию.

Все причины отклоняющегося развития можно классифицировать на несколько групп, вначале представим это в виде следующей схемы и далее рассмотрим подробно все указанные группы факторов.

**ПРИЧИНЫ (ФАКТОРЫ)**

**↓ ↓**

**биологические социальные**

**↓ ↓**

**врожденные приобретенные**

**↓ ↓**

**генетические негенетические**

**↓ ↓**

**генные хромосомные**

Рисунок 3.1 – Группы причин отклоняющегося развития

**3.4.1 Биологические факторы**

Обратимся к характеристике *биологических факторов*. Рассмотрим биологические факторы через понятие *предпосылок психического развития.* К предпосылкам нормального психического развития относится наличие у ребенка здорового организма и особенно – здоровой нервной системы. *Предпосылка – это необходимое, хотя и недостаточное условие нормального психического развития.* Если нервная система имеет отклонения в строении и функционировании, то отсутствуют или недостаточны предпосылки нормального психического развития. Материальным «органом» психики является головной мозг, поэтому отклонения в его строении и функционировании приводят к психическому дизонтогенезу. Но и при нарушениях в работе других отделов нервной системы (анализаторы, периферическая нервная система, вегетативная нервная система) также могут возникать нарушения психического развития.

Нарушения в строении и функционировании нервной системы могут возникать в любой период развития ребенка:

* от момента зачатия до 28 недель беременности (пренатальный период),
* от 28 недель беременности до 7 дней жизни (перинатальный период), в том числе период рождения ребенка (это интранатальный период),
* от 7 дней жизни (постнатальный период).

В зависимости от того, в какой период возникли данные нарушения, нарушения в строении и функционировании нервной системы соответственно называются пренатальными, перинатальными, интранатальными или постнатальными.

К *нарушениям в строении нервной системы* относятся: уменьшение размеров мозга в целом или его отделов, неправильное строение мозга или его участков, недоразвитие мозга в целом, уменьшение или отсутствие дифференциации между отдельными структурами мозга, уменьшение асимметричности полушарий мозга, увеличение размеров полостей, содержащих ликвор и др. Недоразвитие нервной системы возникает еще до рождения ребенка, внутриутробно. Но нервная система, имея изначально правильное строение, может быть поражена каким-либо вредоносным фактором, к которым относятся: инфекции, травмы, интоксикации, опухоли, нарушение обмена веществ и другие. То есть поражение нервной системы возникает как результат воздействия на нее любого вредоносного фактора. Созревающий мозг плода и ребенка отличается повышенной восприимчивостью к действию вредоносных факторов. Как при недоразвитии, так и при поражении нервной системы изменяется ее функционирование, а именно: уменьшается сила нервных процессов, наблюдается слабость замыкательных функций коры, затрудняется формирование новых связей между участками мозга, наблюдается повышенная инертность нервных процессов, их слабая переключаемость, недостаточность торможения, чрезмерная иррадиация возбуждения и другие. При недоразвитии или поражении анализаторов уменьшаются возможности восприятия информации соответствующей модальности.

Нарушение физиологических процессов в головном мозге и в анализаторах приводит к нарушению способности ребенка воспринимать окружающий мир, к нарушению его активности, его общения с окружающими, что препятствует нормальному ходу психического развития. Характер и степень нарушений в психическом развитии зависят от особенностей недоразвития или поражения нервной системы. В свою очередь эти особенности определяются множеством факторов. Действие этих факторов приводит *к разным вариантам отклоняющегося развития*, а точнее, к его разным видам, типам и формам.

«Проявления патологического воздействия на незрелый мозг различаются в зависимости от этиологии, локализации, степени распространенности и выраженности поражения, времени его возникновения и длительности воздействия, а также социальных условий, в которых находится больной ребенок» [6, с. 515]. При характеристике отклоняющегося развития необходимо различать следующие параметры поражения нервной системы:

* *Время поражения* (в каком возрасте у ребенка или на каком сроке беременности возникло поражение). Существует следующая закономерность: чем раньше произошло поражение, тем большие воздействия на строение и функционирование нервной системы оно оказывает. Это может быть объяснено тем, что незрелая мозговая ткань больше подвержена действию вредоносного фактора, в ней происходят более серьезные нарушения, чем в том случае, если тот же самый фактор действует на уже созревшую мозговую ткань. На ранних сроках беременности мозговая ткань еще не дифференцирована, поэтому действие вредоносного фактора приводит к поражению мозга в целом, а не его отдельных участков.
* *Локализация поражения* обозначает, какой участок нервной системы поражен: в зависимости от места поражения нарушаются или выпадают полностью те или иные психические функции; например, при поражении затылочных участков мозга нарушаются зрительные функции, при поражении височных областей – слуховые функции, при поражении прецентральной зоны мозга нарушаются двигательные функции, теменно-затылочной области – пространственные функции. При поражении лобной области нарушается регуляция состояний активности, движений и действий, всей психической деятельности, поражение подкорковых структур приводит к нарушению тонуса психической деятельности.
* *Распространенность поражения* (площадь участка нервной системы, который подвергся воздействию вредности) – чем обширнее поражение, тем большие по площади участки мозга функционируют неправильно или не функционируют вообще, следовательно, тем более тяжелыми будут последствия поражения для психического развития.
* *Массивность (степень выраженности*) *поражения* – поражение может быть легким, в этом случае нарушаются лишь некоторые функции пораженного участка, в других случаях поражение может быть тяжелым, когда нервные клетки погибают и не могут выполнять своих функций. Следовательно, чем массивнее поражение, тем тяжелее последствия для психического развития ребенка.
* *Длительность воздействия вредности* на нервную систему – чем длительнее воздействие вредности, тем тяжелее последствия для нервной системы, а следовательно, и для психического развития ребенка.

Как указано выше на рис. 3.1, все аномалии нервной системы делятся на *врожденные и приобретенные,* возникающие после рождения ребенка. Врожденные аномалии, в свою очередь, подразделяются на *наследственные и ненаследственные.*

*Наследственные аномалии нервной системы* возникают в результате изменений в генетическом аппарате человека. Генетический аппарат человека, или аппарат наследственности, находится в ядре каждой клетки человеческого тела. Генетический аппарат представлен набором хромосом: у человека всего 46 хромосом, разделенных на 23 пары. На каждой хромосоме располагаются гены, всего у человека около 30 000 генов. Поломки в генетическом аппарате приводят к различным наследственным болезням: их название обозначает тот факт, что это болезни аппарата наследственности, хотя при этом они не обязательно передаются по наследству, то есть от родителей к детям.

Все наследственные болезни принято разделять на две большие группы: *генные* (моногенные и полигенные) и *хромосомные*.

*Генные* заболевания связаны с поломкой на уровне генов, располагающихся на участке хромосомы. Причиной развития моногенных болезней является поражение генетического материала на уровне молекулы ДНК, в результате чего повреждается только один ген. Полигенные заболевания детерминируются многими генами, для их проявления требуются определенные условия внешней среды. К генным заболеваниям относится большинство наследственных болезней обмена веществ (аминокислот, углеводов, липидов, металлов).

*Хромосомные* заболевания могут быть обусловлены количественными аномалиями хромосом (геномные мутации), а также структурными аномалиями хромосом (хромосомные аберрации). Клинически почти все хромосомные болезни проявляются нарушением интеллектуального развития и множественными врожденными пороками. Это могут быть умственное и физическое недоразвитие, пороки развития скелета, деформация черепа, наличие характерных черт лица, физическое и умственное недоразвитие. В зависимости от вида хромосомных нарушений возникает тот или иной генетический синдром, называемый часто по имени автора, его описавшего (например, синдром Ангельмана, синдром Клайнфельтера, синдром Рубинштейна-Тейби). Описано более 200 видов патологий хромосомного набора, каждая из которых является достаточно редкой. Наиболее известным является синдром Дауна, он возникает в случае утроения 21-й хромосомы.

При синдроме Дауна у детей наблюдается типичный внешний вид (монголоидный разрез глаз, т.н. третье веко (эпикант – кожная складка в углу глаза), широкая переносица, короткие пальцы), мышечная гипотония, низкий голос, умственная отсталость разной степени. Болезнь Клайнфельтера наблюдается только у мужчин: в хромосомном наборе у них обнаруживается лишняя Х-хромосома, мужчины отличаются астеническим телосложением, у них длинные вытянутые конечности. Синдром Шерешевского-Тернера, напротив, диагностируется только у женщин, в тех случаях, когда в хромосомном наборе отсутствует Х-хромосома. Девочки отличаются низким ростом, аномалиями в строении тела, они не могут иметь детей.

Результатом раннего органического поражения ЦНС может являться *микроцефалия* (*микро* – маленький, *цефал* – мозг). Эта патология мозга может быть и наследственной, и ненаследственной. Наследственная форма микроцефалии передается по различным типам наследования как от родителей к детям, так и через пропуск поколений. Ненаследственная форма микроцефалии может возникнуть на разных стадиях эмбриогенеза как результат поражения мозга инфекциями, гипоксии плода (недостатка кислорода, поступающего к плоду). При микроцефалии у детей маленький объем черепа и головного мозга вследствие их недоразвития. Лицевая часть черепа больше, чем лобная, лоб узкий, поэтому лицо ребенка имеет типичную грушевидную форму. Мозг «пытается» расти, но сдавливается маленькой черепной коробкой, поэтому при микроцефалии отмечаются постоянные и частые судороги, что еще более ухудшает состояние ребенка и снижает возможности его развития, так как при каждом судорожном припадке гибнет часть клеток головного мозга. При любой форме микроцефалии у детей наблюдается умственная отсталость.

*Гидроцефалия* (*гидро* – вода, *цефал* – мозг) – это водянка головного мозга, патологическое состояние, которое характеризуется повышенным накоплением ликвора (спинномозговой жидкости) в ликворосодержащих пространствах мозга. Гидроцефалия по этиологии может быть как врожденной, так и приобретенной. Врожденная гидроцефалия (она называется также первичной) возникает в период внутриутробного развития плода и в период родов. Ее причинами являются внутричерепная родовая травма, внутриутробные инфекции плода, врожденные опухоли головного мозга, аномалии строения ликворных путей. Приобретенная гидроцефалия называется вторичной, так как ее причинами могут быть черепно-мозговая травма, инфекционные заболевания нервной системы (менингит или энцефалит). При гидроцефалии происходит избыточная выработка ликвора, повышается внутричерепное давление, атрофируется вещество головного мозга. Увеличивается объем черепа, голова имеет типичную форму, при которой лобная часть черепа больше лицевой, увеличены лобные бугры черепа, выражен венозный рисунок и повышена пульсация сосудов в височно-лобной области.

Выделяют три формы гидроцефалии по характеру течения болезни. При компенсированной гидроцефалии размеры головы становятся стабильными, стабилизируется и вся симптоматика, поэтому отрицательные последствия для развития ребенка невелики. При декомпенсированной форме гидроцефалии продолжается рост головы, отрицательная симптоматика нарастает, нарастают и выраженные нарушения психического развития. Субкомпенсированная форма гидроцефалии представляет собой переходный вариант между первыми двумя.

Одной из причин *врожденной ненаследственной патологии нервной системы* является повреждение плода во время беременности в результате средовых влияний. Это интоксикация – отравление организма матери, а значит, и плода, лекарственными препаратами, алкоголем, никотином, наркотиками, продуктами распада в результате нарушения обмена веществ. Во время беременности может быть нарушено питание плода в связи с патологией плаценты, соматических заболеваний матери, таких как сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек и печени, щитовидной железы. Нарушение питания плода, в том числе уменьшение количества кислорода, поступающего к плоду, отрицательно сказывается на внутриутробном развитии головного мозга, вызывает нарушения в его строении и функционировании. Одной из наиболее частых причин врожденной патологии нервной системы является внутриутробная инфекция плода. Имеющиеся в организме матери болезнетворные бактерии и вирусы попадают с кровью к плоду и вызывают воспалительные заболевания созревающего головного мозга, в результате чего головной мозг оказывается поврежденным уже внутриутробно. К внутриутробной инфекции относятся вирус краснухи, вирус гриппа, вирус герпеса, токсоплазмоз, микоплазмоз, возбудители сифилиса и гонореи и др. В результате ребенок рождается с уже поврежденным мозгом. К средовым воздействия относят также физические воздействия на плод, например, ионизирующее излучение (радиация).

*Врожденная патология* нервной системы может быть результатом различных вредоносных влияний на нервную систему ребенка не только до его рождения, но и в период рождения, а также в первые дни жизни ребенка. Одна из причин врожденной патологии нервной системы – несовместимость крови матери и ребенка по разным факторам. Несовместимость по резус-фактору наблюдается тогда, когда у матери кровь резус-отрицательная, а у ребенка – резус-положительная. АВ0-несовместимость – это несовместимость по группе крови. В этом случае у ребенка вырабатывается повышенное количество непрямого билирубина, который с кровью попадает в головной мозг и приводит к гибели нервных клеток. Это заболевание называется билирубиновой энцефалопатией, у ребенка возникают разные по степени тяжести поражения головного мозга, вызывающие двигательные и умственные нарушения.

Нормальная беременность длится 280 дней и завершается физиологическими родами. Однако по ряду причин беременность может завершиться рождением ребенка раньше или позже данного срока. В первом случае говорят о преждевременных родах и о недоношенности плода. При недоношенности плод рождается с меньшим весом и ростом, физиологически незрелым. Незрелость зависит от срока беременности и от веса ребенка. Родившийся плод с весом 500 граммов и более уже считается ребенком. Недоношенного ребенка помещают в специальные условия, которые моделируют условия его созревания в утробе матери (температура, влажность воздуха, концентрация кислорода). Однако недоношенный ребенок по сравнению с доношенным подвергается дополнительному риску повреждения нервной системы. Во-первых, родовые пути матери и биомеханика продвижения ребенка по ним устроены для рождения ребенка с весом 2,5–4 кг, поэтому в случае рождения ребенка с меньшей массой тела возрастает нагрузка на головной мозг за счет действия дополнительных динамических факторов. Во-вторых, после рождения недоношенного ребенка его нервная система более чувствительна к воздействию вредоносных факторов («вредностей»), поэтому она повреждается чаще.

Дополнительный риск поражения нервной системы возникает также при беременности несколькими плодами, то есть *при многоплодной беременности*. Одновременно в утробе матери развиваются два и более плода, которые вынуждены вести «борьбу» за пространство и питание. Многоплодная беременность чаще, чем одноплодная, заканчивается преждевременными родами, но даже рожденные в срок близнецы имеют более низкий вес при рождении. При многоплодной беременности патология нервной системы может наблюдаться как у всех детей, так и у одного из них.

*Патология беременности и родов* – еще одна причина врожденной патологии нервной системы у детей. Один из наиболее частых видов патологии беременности – угроза ее прерывания, которая может возникнуть на любом сроке беременности. Если организм матери стремится «избавиться» от плода, то женщина не может выносить беременность. Нужно специально оговорить, что угроза прерывания может быть результатом генетически ущербного плода, поэтому организм матери и стремится от него избавиться. Во всех случаях угроза прерывания беременности отрицательно влияет на развитие плода, его нервной системы. Патология беременности возникает также и при соматической патологии у матери, о чем уже упоминалось выше. Организм беременной женщины, ослабленный болезнью, не в состоянии справиться с повышенными нагрузками, и в результате нарушаются процессы закладки и развития плода.

Родовой акт, акт рождения ребенка, сам по себе является сложным физиологическим процессом, во время которого плод испытывает значительные воздействия. Плод выходит из матки и по родовым путям продвигается наружу. При прохождении плода по родовым путям создается опасность его механической травматизации. В утробе матери ребенок получает все питательные вещества через плаценту. В процессе родового акта плацента перестает выполнять свои функции, и сразу после рождения ребенок начинает самостоятельно дышать и есть. Если процесс прохождения плода через родовые пути затягивается, то ребенок испытывает гипоксию (недостаток кислорода), а в более тяжелых случаях и асфиксию (удушье), что губительно сказывается на клетках головного мозга, которые без поступления кислорода погибают. Если женщина самостоятельно не может родить ребенка, то применяются дополнительные средства в виде акушерских щипцов, механического воздействия на плод, что может привести к травмам нервной системы ребенка. Одна из наиболее тяжелых причин патологии нервной системы в родах – это внутричерепная родовая травма (ВЧРТ), когда механический фактор, действующий на головку плода, превосходит выносливость различных структур внутри черепа. При ВЧРТ наблюдаются разнообразные клинические симптомы, свидетельствующие о поражении нервной системы ребенка (повышение внутричерепного давления, гематомы разной локализации, в том числе и внутримозговые).

***Приобретенная патология нервной системы*** возникает как результат воздействия на нее вредности уже после рождения ребенка. У детей до момента воздействия вредоносного фактора на нервную систему отмечается период нормального развития. В зависимости от возраста, в котором произошло повреждение нервной системы, будут наблюдаться различные по степени и характеру нарушения психического развития. Чем старше ребенок, тем меньшие последствия для его развития будет иметь возникшее при жизни повреждение нервной системы. У ребенка с возрастом накапливается запас знаний и представлений, развиваются психические процессы, что уменьшает отрицательные последствия. Приобретенные поражения нервной системы вызываются разными факторами, к ним относятся инфекции, травмы и опухоли нервной системы. Любой инфекционный агент (микробы и вирусы) в организме ребенка может при неблагоприятных условиях попасть в его мозг и вызвать воспаление его оболочек (менингит) или вещества мозга (энцефалит). Воспалительный процесс вызывает пороки строения и нарушения функционирования участка нервной ткани в месте воспаления. В наиболее тяжелых случаях ребенок по истечении острого периода заболевания теряет все приобретенные навыки, и в своем развитии «опускается» на уровень новорожденности. В дальнейшем такой ребенок начинает свое развитие как бы заново, но его развитие уже происходит в грубо искаженных условиях, в условиях патологии головного мозга. У таких детей впоследствии обнаруживается деменция, что обозначает приобретенную умственную отсталость.

*Травмы нервной системы* – одна из наиболее частых причин приобретенных повреждений нервной системы. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является результатом механического воздействия на черепную коробку и ее содержимое. 70 % детей имеют какие-либо осложнения после травм. При механическом воздействии на черепную коробку возникает или непосредственное повреждение мозговой ткани, или смещение мозгового вещества в результате противоудара. Головной мозг ударяется о стенку черепа, возникают кровоизлияние, отек головного мозга, изменяется ликвородинамика, может начаться воспалительный процесс в головном мозге. Впоследствии на месте кровоизлияния образуются кисты (пустоты), которые в дальнейшем могут стать очагом судорожной готовности. Характер и степень возникающих после острого периода нарушений в психическом развитии зависит от степени тяжести черепно-мозговой травмы, ее локализации и, как уже отмечалось, возраста ребенка. Нарушения развития выражаются в двигательных расстройствах и в нарушениях умственного развития, в том числе речевых нарушениях.

*Опухоли нервной системы* – относительно редко встречающаяся приобретенная патология нервной системы у детей. Опухоль головного мозга – это объемный процесс в области черепа, возникающий из-за усиленного бесконтрольного размножения клеток. Опухоль резко нарушает функционирование не только того участка мозга, в котором она находится, но и соседних участков. В большинстве случаев при опухолях наблюдаются нарушения психического развития, но они зависят от локализации опухоли и размеров пораженного участка мозга.

**3.4.2 Социальные факторы**

Вторая группа причин (факторов), вызывающих нарушения в психическом развитии ребенка, – это *социальные факторы.* Ребенок является существом социальным, причем не только сразу после его рождения, но еще и до рождения, так как он включен в систему социальных отношений.

Специфика отклоняющегося психического развития во многом определяется тем, что *предметная и социальная среда, которая является источником психического развития,* создавалась для детей с нормальной психофизиологической организацией, она соответствует в основном возможностям и потребностям детей, имеющих нормально развитые психофизиологические функции. Для детей с физическими и умственными ограничениями обычная среда не соответствует их потребностям и возможностям, и поэтому не является в полной мере источником их развития. Наиболее яркий пример – дети с отсутствием зрения. Все предметы, предназначенные для детей, начиная с самого раннего возраста, обычно окрашиваются в яркие цвета, что позволяет привлекать внимание ребенка к этим предметам, вызывать их интерес к действиям с ними. Для незрячего ребенка цвет предмета не выполняет своих функций, он не несет никакого значения, для таких детей более значимым признаком является фактура, материал, из которых сделаны предметы и отдельные их части, так как ребенок может обследовать эти предметы с помощью тактильного анализатора. Однако таких предметов производится крайне мало, поэтому незрячий ребенок изначально ограничен по сравнению со зрячим в познании окружающего мира.

Социальная среда, то есть окружающие ребенка люди, в большинстве своем ориентированы на общение с нормально развивающимся ребенком. Поэтому у особого ребенка по сравнению с нормально развивающимся менее широкий круг общения, у него меньше возможностей для развития в процессе общения с окружающими. Нормальный ход развития предполагает, что ребенок вступает в полноценное общение с окружающими, присваивая социально-исторический опыт и приобретая человеческие способности. Однако в ряде случаев дети, имея полноценную нервную систему, то есть биологический субстрат, не развиваются нормально из-за того, что нарушено их взаимодействие с окружающим миром. Эти дети не могут удовлетворить свои психологические потребности или же удовлетворяют их не в полной мере. Это явление называется депривацией (от англ. to deprive – лишать).

*«Психическая депривация*является психическим состоянием, возникшим в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможность для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени» [9, с. 19].

К основным потребностям относятся: познавательная потребность, то есть потребность в разнообразных внешних стимулах, потребность в информации, потребность в общении с близкими людьми, потребность в признании, потребность в самоуважении, потребность в самореализации. Неудовлетворение или недостаточное удовлетворение этих потребностей исходит из социума, влияние которого осуществляется через конкретных людей, входящих в окружение ребенка. В зависимости от вида депривируемой потребности выделяются следующие виды депривации:

* *Сенсорная депривация* – недостаточное поступление сенсорных стимулов разной модальности в головной мозг, а именно: зрительных, слуховых, кожно-кинестетических. Сенсорная депривация возникает тогда, когда ребенок растет в условиях обедненной среды, либо в условиях искусственной изоляции. Мозг ребенка созревает прижизненно, в условиях поступления стимулов из внешней среды, поэтому для нормального развития мозга, следовательно, и для нормального психического развития, необходим постоянный приток разных по модальности и силе стимулов в головной мозг через анализаторы. Недостаточное поступление стимулов приводит к рано возникающей задержке психического и физического развития.
* *Когнитивная (интеллектуальная) депривация* – для нормального развития ребенка необходимо поступление разнообразной информации об окружающем мире, при усвоении поступающих впечатлений ребенок развивается. Без притока информации извне нормальное психическое развитие ребенка невозможно.
* *Эмоциональная (аффективная) депривация* – ограничение или обеднение контактов ребенка с близкими людьми, в основном с матерью, лишение ребенка эмоциональной теплоты и поддержки, что приводит к тяжелым последствиям для развития эмоциональной сферы ребенка и его личности в целом.
* *Социальная депривация* – это ограничение возможностей для усвоения социальных ролей в социальном окружении, невозможность установления связей с широким социальным окружением.

Закономерности психического развития таковы, что если все потребности ребенка будут удовлетворены, это обеспечит возможности для нормального психического развития. Кроме того, процесс психического развития также осуществляется и в ходе удовлетворения потребностей ребенка через его собственную активность в форме деятельности и общения. При депривации потребностей даже наличие полноценной нервной системы не обеспечивает нормального психического развития ребенка.

### 3.5 Закономерности отклоняющегося психического развития

Психика и процесс психического развития ребенка – это сложно организованная, иерархически построенная система. Психическое развитие, как нормальное, так и отклоняющееся, носит закономерный характер.

Закономерность – объективно существующая, повторяющаяся существенная связь между явлениями.

В процессе отклоняющегося психического развития наблюдается системный характер изменений самих функций, а также связей между психическими функциями. Ключевая идея Л.С. Выготского о том, что при отклонениях в развитии ребенка нарушается его взаимодействие с окружающим миром, с другими людьми, лежит в основе описанных в специальной психологии закономерностей отклоняющегося психического развития (Л.С. Выготский, Т.А. Власова, В.И. Лубовский, Е.С. Слепович, В.М. Сорокин, Ж.И. Шиф).

В.И. Лубовский [12] рассматривает *общие и специфические закономерности* отклоняющегося развития. Общие закономерности отражают общее для больших групп явлений, специфические – для подгруппы явлений. *Общие* закономерности присущи всем видам отклоняющегося развития. В.И. Лубовский выделяет три *иерархических уровня* закономерностей отклоняющегося развития:

*1 уровень* – закономерности, присущие всем типам дизонтогенетического развития. К ним относятся следующие: формирование наряду с первичным отклонением вторичных отклонений; изменение способности к приему и переработке информации; недостаточность словесной регуляции действий; более длительные сроки формирования представлений и понятий об окружающей действительности; риск возникновения социально-психологической дезадаптированности; наличие у детей потенциальных возможностей компенсации в процессе обучения и воспитания.

*2 уровень* – закономерности, характерные для группы дизонтогенетических расстройств.

*3 уровень* – специфические закономерности, присущие конкретному виду дизонтогенеза.

В.М. Сорокин предлагает выделять уже 4 группы закономерностей отконяющегося развития:

«а) основные и общие, то есть закономерности, по которым развивается психика в обычных и неблагоприятных условиях;

б) модально-неспецифические – ряд особых закономерностей, свойственных всем группам детей с отклонениями в развитии независимо от характера основного нарушения;

в) модально-специфические – особенности, свойственные какой-то одной группе детей с отклонениями в развитии;

г) наконец, последняя группа закономерностей связана с установлением зависимостей характера психического развития от силы и выраженности патогенного фактора, например, от степени и времени потери слуха, от длительности состояния эмоциональной депривации и др.» [22, с. 20].

В.И. Лубовский [12], Е.С. Слепович [20] определяют следующие группы *общих закономерностей* отклоняющегося развития.

1. Снижение познавательной активности (мотивации) ребенка с отклонениями в развитии: у ребенка снижен интерес к окружающему, к познанию мира, у него уменьшено желание обследовать предметы, получать информацию.

2. Нарушение и снижение скорости приема, переработки, сохранения и воспроизведения информации. Это проявляется в снижении возможностей познавательных процессов, увеличения времени на восприятие и переработку информации, в снижении уровня внимания и умственной работоспособности, в более длительных сроках формирования представлений и понятий об окружающей действительности.

3. Недостаточная представленность знаков в структуре сознания (нарушения словесного опосредствования). Эта закономерность отражает нарушения в овладении знаками и знаково-символической деятельности, недостаточность словесной регуляции действий. У детей наблюдаются затруднения не только в усвоении знаков (и слов как основной формы знаков), но и в использовании знаков при осуществлении психических процессов (восприятии, памяти, мышления, внимания), в регуляции поведения и деятельности.

4. Сниженный темп психического развития – замедление динамики возрастного развития по сравнению с возрастными нормами, несоответствие психического развития ребенка возрастным нормативам. Несоответствие может наблюдаться по количественным показателям (соответствие уровня развития ребенка более раннему возрасту) и по качественным показателям (несоответствие возрастной структуре психического развития с точки зрения соотношения функций).

5. Большая, чем в норме, зависимость психических функций друг от друга. Психика ребенка с отклоняющимся развитием работает как нерасчлененная, недифференцированная целостность, нарушаются законы дифференциации и интеграции развития психических функций.

**3.5.1 Психологическая структура нарушений как проявление закономерностей отклоняющегося психического развития**

Для понимания специфики межфункционального развития при отклоняющемся психическом развитии (дизонтогенезе) предлагаем рассмотреть понятие ***структуры нарушения.***

При разных видах нарушений развития у детей *структура нарушения* будет глубоко специфична. Специфика структуры нарушения определяется общими закономерностями процесса психического развития. Так, нарушение предпосылок развития в виде нарушения его биологической основы снижает возможности ребенка в отражении окружающего мира, в приеме и переработке внешней информации. Уменьшение способностей познания окружающего мира может быть как тотальным, то есть проявляться во всех сферах, так и парциальным, то есть проявляться в отдельных сферах в зависимости от возможностей нервной системы. Например, при нарушениях зрения снижаются возможности познания зрительно представленной информации, при нарушениях слуха – информации, представленной в виде звуков, при нарушениях движений – информации о пространственных характеристиках окружающего мира и информации о собственном теле и его положении в пространстве и в движении. При интеллектуальной недостаточности уменьшаются возможности отражения наиболее сложных свойств предметов и явлений и отношений между ними. При задержке психического развития снижаются возможности познания информации, представленной в виде символов, в виде знаков и знаковых систем, а возможности отражения мира предметов в основном сохраняются.

При нарушениях биологической основы развития уменьшается также и собственная активность ребенка, как тотально, так и парциально, в какой-то одной области. Собственная активность выражается в деятельности и общении ребенка с окружающими, поэтому изменяются условия и источники психического развития. Ребенок своеобразно начинает видеть, воспринимать окружающий мир, других людей и самого себя в этом мире, то есть в конечном итоге у ребенка складывается особым образом устроенное сознание и личность.

Мы полагаем, что *структура нарушения* при отклоняющемся психическом развитии может рассматриваться в двух аспектах:

1 – *содержательный аспект*: совокупность всех психических функций ребенка с точки зрения их соответствия возрастным нормам;

2 – *процессуальный аспект*: соответствует понятию структуры дефекта у Л.С. Выготского и обозначает механизм формирования специфической структуры психических функций в измененных условиях развития ребенка.

*В структуру нарушения в содержательном аспекте включаются следующие виды функций:*

* *сохранные функции* – те функции, которые развиты в соответствии с возрастными нормами, без искажений; эти функции не нарушены. Пример сохранной функции: 1) речь ребенка старше трех лет состоит из грамматически правильно построенных предложений, ребенок использует основные части речи; 2) наглядно-действенное мышление ребенка старше одного года проявляется в наличии элементарных мыслительных действий с предметами.
* *отсутствующие функции* – это функции, которые в данный момент по разным причинам не проявляются, не обнаруживают себя.

- функция может отсутствовать в связи с возрастом ребенка. Пример: 1) у ребенка в возрасте трех месяцев хватания еще не может быть, так как хватание появляется только в пять месяцев; 2) у ребенка в возрасте пяти лет еще не может быть внутреннего плана действия, так как он впервые обнаруживается в возрасте 6-7 лет; 3) у ребенка в четыре года не может быть теоретического мышления, которое формируется только в подросковом ворасте;

- функция может отсутствовать потому, что при данном нарушении она не может появиться ни при каких условиях. Пример: у незрячих детей не может быть зрительного восприятия; у неслышащих детей не может быть слухового восприятия;

- функция может отсутствовать по причине педагогической запущенности, то есть находиться в зоне ближайшего развития ребенка. Пример: ребенок в три года уже должен уметь рисовать круг, но он не делает этого, так как его никто не обучал рисованию.

* *недоразвитые функции* – эти функции проявляются у ребенка, но они развиты в меньшей степени, чем это должно быть по возрасту. Пример: у ребенка в пять лет есть собственная речь, он использует в общении отдельные слова и двухсловные предложения, но речь отстает в своем развитии от возрастных норм, так как в пять лет ребенок должен использовать в речи сложные предложения;
* *нарушенные функции* – это функции, которые развиваются с искажениями, они проявляют себя по-иному, чем при нормальном развитии, но их нельзя считать просто недоразвитыми. Примеры: 1) у детей с нарушениями зрения в речи наблюдается так называемый вербализм, при котором за внешне богатой речевой продукцией стоит недостаток чувственного опыта: дети употребляют слова или выражения, не всегда имея чувственный образ предмета или явления; 2) у детей при детском аутизме большинство функций можно считать нарушенными: предметные действия ребенка не всегда отражают логику общественного употребления данного предмета, ребенок воспринимает и обобщает предметы по эмоционально значимым для него признакам, не используя общественно выработанные средства, выделяя, например, такие группы предметов как круглое и некруглое, сухое и мокрое.
* *поврежденные функции* – это функции, которые развивались в соответствии с логикой нормального развития, но изменились после того, как ребенок перенес повреждение нервной системы. У него мозаично сохраняются отдельные элементы психических функций, как правило, сохранными остаются более простые ее звенья, выпадают более сложные и поздно сформировавшиеся. Пример: при деменции у ребенка сохраняется механическая память, но значительно снижаются возможности опосредованной, логической памяти, сохраняется восприятие простых предметов и изображений, но нарушается восприятие более сложных объектов.
* *ускоренно развивающиеся функции (функции-акселераты) –* функции, развивающиеся в процессе компенсации. Пример: 1) у детей с нарушениями зрения лучшего развития достигают тактильные и слуховые функции; 2) у детей с аутизмом хорошо развито восприятие мира с помощью детализированных зрительных образов.

*Понятие структуры нарушения в процессуальном аспекте* аналогично понятиям первичного, вторичного и третичного дефектов (Л.С. Выготский, В.В. Лебединский).

Как было указано выше, положение *о первичном, вторичном и третичном дефекте* было введено в дефектологию Л.С. Выготским. Позднее оно было углублено и расширено в работах автора концепции психического дизонтогенезе В.В. Лебединского [10], который также употреблял термин «дефект(ы)». Однако в современной специальной психологии термин «дефект» признается недостаточно корректным по отношению к детям с особенностями психофизического развития, поэтому мы будем вместо термина «дефект» использовать термин «нарушение», соответственно вместо термина «структура дефекта» *–* термин «структура нарушения».

***Первичное нарушение (дефект)*** – это нарушение(я), которые вытекают непосредственно из биологического характера болезни и которые отражают сущность, характер и степень поражения головного мозга и анализаторов. Так, при поражении зрительной системы первичным нарушением является отсутствие зрения, слухового анализатора – отсутствие слуха, при поражении двигательных зон коры и подкорковых структур – отсутствие или нарушение движений. При массивном и грубом поражении коры головного мозга первичным нарушением является нарушение высших форм познавательной деятельности (интеллекта). При поражении мозговой коры в более легкой степени и локально ограниченных ее вторичных зон первичным нарушением будет дефицитарность высших корковых функций – зрительного гнозиса, слухо-речевых функций, зрительно-пространственных функций, тонких ручных движений и в целом сложных произвольных движений. Первичное нарушение может быть устранено только в том случае, если будет изменена биологическая основа, например, полностью восстановлен зрительный анализатор, устранено поражение мозговой коры, что возможно сделать только с помощью медицинских средств. Но возможности современной медицины ограничены с точки зрения устранения поражений нервной системы: можно повлиять только на незначительные по степени поражения ЦНС и анализаторов.

***Вторичное нарушение (дефект)*** возникает опосредованно как результат развития ребенка в условиях первичного нарушения. Вторичное нарушение является основным объектом изучения и воздействия в специальной психологии. Можно прогнозировать возникновение вторичных нарушений, опираясь на закономерности нормативного психического развития, следовательно, можно предотвращать их появление или воздействовать на них с помощью психолого-педагогических коррекционных средств, полностью их устраняя или, что чаще, ослабляя их влияние на дальнейший ход психического развития особого ребенка. В.В. Лебединский описывает несколько механизмов возникновения вторичных дефектов у детей, развивающихся в условиях первичных дефектов [10]. *Во-первых*, это непосредственная связь вторичного дефекта с первичным, например, нарушение понимания речи при снижении слуха. *Во-вторых,* это нарушение тех психических функций, которые находятся в сензитивном периоде своего развития, например, в раннем возрасте при разных первичных дефектах наблюдается нарушение речи, в дошкольном возрасте практически всегда при любых первичных дефектах нарушается произвольная моторика. *В-третьих*, специфичность недоразвития уменьшается по мере удаления от основного дефекта: чем сложнее психическая функция, тем больше факторов может привести к конечному сходному результату вторичных нарушений. Так, нарушения логического мышления наблюдаются при самых разных первичных дефектах, совершенно не похожих друг на друга. Они наблюдаются при нарушениях понимания речи у детей с нарушениями слуха, у детей с задержкой психического развития как результат комплекса нарушений отдельных психических функций: восприятия, памяти, внимания, повышенной истощаемости и утомляемости, снижения скорости переработки информации; у детей с церебральным параличом как результат речевого недоразвития, вызванного нарушением работы артикуляционного аппарата.

Вторичное нарушение (дефект в терминологии Л.С. Выготского и В.В. Лебединского) может иметь и определенную структуру, включая в себя не одну, а несколько функций, нарушение которых взаимосвязано или протекает последовательно, то есть из нарушения одной функции вытекает либо последовательное, либо одновременное нарушение других функций. Это вторичные нарушения разного порядка. Например, нарушение фонематического слуха при поражении височных областей коры головного мозга приводит к нарушению понимания речи окружающих, что приводит к нарушению собственной речи ребенка, а далее к нарушению чтения и письма и к более отдаленным последствиям – нарушению словесно-логического мышления. При нарушении движений у детей, то есть при отсутствии движений в нормативные сроки дети не овладевают предметными действиями, у них запаздывает появление всех видов деятельности, так как для их осуществления движения необходимы, что приводит к недоразвитию тех психических функций, которые развиваются в данных видах деятельности. Отсутствие самостоятельного передвижения в пространстве, обследовательских действий с предметами окружающего мира приводит к нарушению восприятия и пространственной ориентировки, что в свою очередь вызывает нарушение наглядных видов мышления. Таким образом, первичный дефект приводит к возникновению ряда вторичных дефектов, возникающих одновременно или последовательно.

При формировании вторичных нарушений реализуются иные, чем в норме, виды связей между психическими функциями. Так, отдельные функции *изолируются* в своем развитии, хотя в норме они должны либо быть временно независимыми, либо развиваться во взаимосвязи. Например, при гидроцефалии, приводящей к интеллектуальной недостаточности, у детей наблюдается высокий уровень развития механической памяти, которая, однако, развивается изолированно от развития речи, что происходит из-за нарушений интеллекта. То есть память ребенком не используется, а внешне богатая речь остается на уровне подражания. Изолированные функции «зацикливаются» в своем развитии, останавливаясь на самом низком уровне. Так, при тяжелых степенях интеллектуальной недостаточности у детей крайне беден репертуар движений, у них сохранны только самые простые грубые движения. Ребенок совершает одни и те же движения типа однообразных раскачиваний, а развитие дальнейших движений не происходит из-за отсутствия мотивации.

Ассоциативные связи между психическими функциями, типичные для нормального онтогенеза, превращаются в *патологическую фиксацию*, возникают трудности усложнения функций, перехода к иерархическим связям между ними. Например, возникающие в норме возрастные страхи у детей при отклоняющемся развитии длительное время сохраняются за пределами того возраста, в котором они должны исчезнуть. Отдельные психические функции, которые должны исчезнуть из-за ненадобности к определенному возрасту, при отклоняющемся развитии не исчезают, а продолжают существовать, не давая возможности развиваться на их месте другим функциям более высокого порядка. Так, автономная речь, которая сменяется в период от 1,5 до 2 лет полноценной речью, не исчезает, у детей продолжает накапливаться специфический словарный запас автономной речи. Это происходит, например, при детском аутизме, при задержке речевого развития, при психическом недоразвитии. При детском церебральном параличе непроизвольные движения, двигательные автоматизмы длительное время не исчезают, а на их месте не появляются полноценные произвольные движения, что в целом задерживает развитие двигательной сферы.

При отклоняющемся развитии координация между психическими функциями является нестойкой, и при малейших затруднениях ребенка наблюдается явление *регресса* функций, то есть их переход на более низкий уровень функционирования. Например, при недомогании ребенка, при стрессовой ситуации у него значительно ухудшается речь, то есть уменьшается словарный запас, более примитивной становится фраза. Дети с задержкой психического развития, освоившие счет в уме, постоянно обращаются к счету на предметах, для этого достаточно даже малейших затруднений.

Противоположное регрессу явление – *акселерация* психических функций – также характерна для психического дизонтогенеза. Отдельные психические функции оказываются более развитыми, чем это типично для ребенка определенного возраста. Так, для некоторых детей с гидроцефалией характерен необычайно высокий уровень развития механической памяти, что вызывает ошибочное представление о высоком уровне развития ребенка в целом. При отдельных вариантах детского аутизма наблюдается раннее речевое развитие, когда ребенок к одному году использует в своей речи фразы, а в более старшем возрасте обнаруживает высокий уровень умственных способностей в какой-либо области, например, в математических вычислениях. Для отклоняющегося развития характерно и сочетание регресса функций с их патологической акселерацией, что может одновременно наблюдаться у одного ребенка.

***Третичное нарушение (дефект)*** отражает социальную ситуацию развития особого ребенка и характеризует особенности его отношений с окружающими и развитие личности ребенка, его отношение к себе и к своему нарушению, к своей болезни. Развитие ребенка в условиях первичного нарушения, накопление вторичных нарушений приводит к его особому положению в социуме, изменению его отношений с окружающими. Это особое положение вызывает изменения в мотивационной сфере и в сфере самосознания. Ребенок в меру своих интеллектуальных способностей осознает себя как другого, как отличного от окружающих, он чувствует и понимает особое отношение к себе в обществе, и у него складываются различные защитные формы поведения, которые могут со временем становиться чертами его характера (например, замкнутость, агрессивность, пассивность и другие). Третичное нарушение относится, таким образом, к наиболее сложной сфере – сфере развития личности ребенка.

Проблема структуры дефекта, соотношения первичного, вторичного и третичного дефектов в специальной психологии в настоящее время остается недостаточно изученной и дискуссионной, сложной и неоднозначной. Основной вектор дискуссий по этой проблеме связан с определением качественного характера первичного дефекта: является ли первичный дефект симптомом поражения головного мозга/ анализаторов или рассматривается как первичное нарушение психической функции? Мы полагаем, что первичным дефектом является первичное нарушение психической функции как прямой результат поражения головного мозга/анализаторов. Авторы учебника «Специальная психология» [20], представители белорусской научной школы специальной психологии профессора Е.С. Слепович (А.М. Поляков, Е.А. Винникова, Т.И. Гаврилко, Т.В. Горудко) последовательно придерживаются точки зрения, согласно которой к первичным дефектам можно относить только нарушения психических функций. Например, Е.С. Слепович следующим образом описывает структуру дефекта при задержке психического развития у детей дошкольного возраста: 1) недостаточная сформированность мотивационно-целевой основы деятельности; 2)недостаточная сформированность сферы представлений (их диффузность, ригидность, конкретность); 3) трудности в становлении знаково-символической деятельности.

Независимо от того, что позиции исследователей относительно структуры дефекта (структуры нарушения) не совпадают, самым главным остается понимание механизма нарушений психического развития у детей при движении от первичного к вторичному и к третичному нарушениям. Структура нарушения, понятие о первичном, вторичном и третичном нарушениях (дефектах) позволяют понять всю сложность процесса отклоняющегося развития ребенка, позволяют объяснить, почему существует многообразие вариантов отклонений в развитии. Становится понятным также и утверждение Л.С. Выготского о том, что ребенок с дефектом – это не просто менее развитой, но это иначе развитой ребенок. Из этих теоретических положений вытекают важные практические выводы. Для диагностики отклоняющегося развития это вывод о необходимости выявления структуры нарушений в многообразии сохранных и нарушенных функций, уровня актуального и уровня ближайшего развития ребенка. Для коррекционной работы это вывод о необходимости максимально раннего ее начала с целью своевременной коррекции возникающих вторичных нраушений и профилактики дальнейших нарушений в развитии.

**3.5.2 Возраст и возрастная периодизация при отклоняющемся психическом развитии**

При характеристике психического развития одним из основных понятий является понятие *возраста*. В психологии развития рассматриваются хронологический, биологический и психологический возраст. Хронологический (или паспортный) возраст обозначает количество лет, месяцев, дней, которые прожил ребенок безотносительно к достигнутому им уровню развития. Биологический возраст обозначает уровень развития организма ребенка в целом и его отдельных систем. Биологический возраст может отличаться от хронологического возраста, то есть организм ребенка и его отдельные системы могут быть развиты на большем или на меньшем уровне, чем это характерно для детей данного хронологического возраста.

*Психологический возраст* обозначает уровень психического развития ребенка. Психологический возраст может не совпадать как с хронологическим, так и с биологическим возрастом. Психологический возраст детей с умственными и физическими ограничениями в большинстве случаев ниже, чем их хронологический возраст. В очень редких случаях (например, при особой форме аутизма) дети показывают уровень развития интеллекта выше возрастных норм. Целесообразно в этой связи говорить о психологическом возрасте отдельных психических функций у особых детей. Разные психические функции у одного ребенка могут иметь разный уровень развития. Например, при детском церебральном параличе в некоторых случаях речевые функции и словесно-логическое мышление у ребенка 10 лет могут быть почти в пределах возрастной нормы, а ручные движения, пространственная ориентировка и наглядные виды мышления могут быть развиты на уровне 5–6 лет.

*Возрастная периодизация* при отклоняющемся психическом развитии также имеет свои существенные особенности. *Во-первых*, увеличивается продолжительность детства в целом, а в тяжелых случаях детство практически не завершается, и ребенок так и остается ребенком даже будучи по возрасту взрослым. Такой человек не в состоянии самостоятельно обслуживать себя, ориентироваться в окружающем, заниматься трудом, он постоянно нуждается в опеке, он больше зависим от социального окружения. В других случаях дети не проходят этапа школьного обучения, оставаясь на уровне дошкольного детства. В самых легких случаях дети начинают взрослую жизнь значительно позже, чем их здоровые сверстники.

*Во-вторых*, возрастные периоды нормального и отклоняющегося развития совпадают только номинально. Например, если говорят о ребенке дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью, то это обозначает лишь то, что хронологический возраст данного ребенка соответствует дошкольному возрасту (до 6–7 лет), по уровню же психического развития ребенок не соответствует ему. Продолжительность отдельных возрастных периодов также увеличивается, поэтому с возрастом степень несоответствия хронологического и психологического возрастов также возрастает.

В процессе нормального развития дети переживают возрастные кризисы, или кризисные периоды развития, и эти периоды у всех детей наступают примерно в одно и то же время. При отклоняющемся развитии дети также проходят периоды кризисов, однако сроки их прохождения индивидуальны и зависят от уровня психического развития ребенка. Например, у наблюдаемого нами ребенка в возрасте 6 лет с интеллектуальной недостаточностью отмечались все симптомы кризиса трех лет, а через полгода эти симптомы исчезли. Существование индивидуальной продолжительности возрастных периодов и индивидуальных сроков кризисов психического развития показывает, что отклоняющееся развитие подчиняется общим закономерностям психического развития, хотя и имеет свою специфику.

**3.5.3 Компенсация в процессе отклоняющегося психического развития**

В процессе отклоняющегося развития психики наблюдается действие механизма *компенсации* (от лат. уравновешивать, возмещать), который направлен на преодоление недостаточности нарушенных или недоразвитых функций. «Под компенсацией понимается процесс возмещения недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных» [22, с. 164]. Процесс компенсации является следствием самостоятельного упражнения недоразвитой функции и результатом целенаправленного обучения, воспитания ребенка, формирования сохранных сторон его психики и личности. Как указывалось выше, проблема дефекта и его компенсации рассматривалась Л.С. Выготским, который утверждал, что у аномального ребенка наблюдается не только недоразвитие функций, непосредственно связанных с болезнью, но и возникают приспособительные компенсаторные механизмы. В зависимости от успешности компенсации и коррекции изменяется и структура дефекта.

Отклоняющееся психическое развитие как функциональная система обладает высокой пластичностью и способностью к перестройке, и эта способность лежит в основе механизмов компенсации. Традиционно выделяют два типа перестройки нарушенных функций – *внутрисистемную и межсистемную компенсацию.* При внутрисистемной компенсации используются сохранные элементы пострадавшей функции. М*ежсистемная компенсация* осуществляется путем перестройки функциональных систем и включения в работу тех функций и структур, которые начинают выполнять ранее не свойственные им функции.

В качестве примеров компенсации можно назвать факты усиленного развития слуховых функций и чувствительности рук у незрячего ребенка. Из современных исследований известно, например, что среди незрячих людей много хороших музыкантов, незрячие люди также считаются лучшими массажистами. Они сумели развить у себя музыкальный слух и высокую чувствительность пальцев для того, чтобы этим компенсировать недостаточность зрительных функций. У детей с нарушением слуха недостаточность слуха и слухового восприятия компенсируется за счет усиления функций зрительного восприятия, кинестетической и вибрационно-тактильной чувствительности.

Процесс компенсации рассматривается в специальной психологии как многоуровневый процесс. В.М. Сорокин [22] выделяет следующие уровни компенсации:

1) биологический, или телесный уровень, на котором компенсаторные процессы протекают преимущественно автоматически и бессознательно;

2) психологический уровень расширяет возможности компенсаторных механизмов, преодолевая ограничения биологического уровня; это истинно человеческий способ восстановления нарушенных функций с привлечением работы сознания. Психологический уровень компенсации требует от человека способности адекватно оценивать свои возможности в условиях тех или иных нарушений, ставить реальные цели и задачи, при условии общего позитивного отношения к самому себе. Психологический уровень компенсации также связан с работой защитных механизмов и копинг-стратегий поведения;

3) социально-психологический уровень отражает социальный характер бытия человека, поэтому эффективность компенсации во многом определяется характером межличностных отношений человека с ближайшим окружением;

4) социальный уровень – содержание этого уровня связано с макросоциальным процессами. Прежде всего, это политика государства в отношении инвалидов, создание особых социальных институтов, оказывающих помощь лицам с отклонениями в развитии; это законодательство, представляющее определенные гарантии общества в отношении разных групп инвалидов. К социальному уровню следует отнести и характер отношения к людям с ограниченными возможностями в сфере обыденного массового сознания.

М. Раттер приводит примеры компенсации на биологическом уровне.

۞ ***Иллюстрация***

«В детском возрасте при поражении одного из полушарий мозга обычно имеет место быстрая компенсация нарушенных функций, происходящая из-за способности незрелого мозга к перемещению функций из одного полушария в другое. При повреждении левого полушария правое полушарие возьмет на себя обеспечение речевых функций в такой степени, в какой это невозможно после завершения процессов роста мозга. Перемещение функций из одной части мозга в другую происходит не всегда с одинаковой легкостью: повреждение одного из полушарий в младенчестве может привести к частичному параличу части тела, но не вызвать нарушений речевого развития. Добавим, что нам еще не известно, насколько легко происходит процесс переноса функций, связанных с эмоциями и поведением в целом» [14, с. 81].

Примеры действия механизма компенсации у взрослых людей с аутизмом описывает П. Сатмари.

۞ ***Иллюстрация***

«Шарон, 45 лет. Преуспевающий архитектор. Осознает, что у нее всегда были существенные проблемы с пониманием социальных контактов и с их осуществлением. «Она считала себя эксцентричной особой, и многие говорили ей о том, что с нею трудно поддерживать отношения. … С людьми ей было некомфортно, она чувствовала себя неуклюжей и неловкой». «Она всегда, даже в детстве, считала, что у нее неразвитые социальные навыки и что она весьма эксцентрична. Шарон чувствовала, что эти трудности все больше и больше мешают ее работе и ее отношениям с друзьями и потенциальными клиентами» … «Я попросил Шарон привести мне несколько примеров того, как она справляется с этими трудностями. Она сказала, что еще много лет тому назад научилась записывать в своей голове правила, которые должны были управлять ее поведением. Это помогало ей компенсировать недостаточное интуитивное понимание. Обычно она делала это ночью, лежа в постели, после особенно унизительного дня в школе или в университете» [16, с. 80-81].

Эти и другие примеры показывают, что формирование у людей с аутизмом социальных навыков требует от них больших усилий, и самое главное – у человека должны быть для этого мотивы, мотивы самосовершенствования: человек должен осознать собственную недостаточность, понять, что эту недостаточность необходимо преодолеть, и выработать способы ее преодоления. Для действия механизмов компенсации психологического уровня, следовательно, необходим опеделенный уровень самосознания и волевые качества личности.

Таким образом, компенсация напрямую связана с процессами формирования личности. Как считает белорусский психолог Т.И. Гаврилко, вопросы формирования личности, изучения эмоционально-личностной сферы детей при разных видах отклонений в развитии становятся все более актуальными. Автор полагает, что необходимо описывать специфику становления личности ребенка с отклонениями развития как «определенного своеобразия, своеобычности, имеющей не только отрицательные характеристики по сравнению с нормой («снижение…», «недостаточность…»), но и некоторые положительные характеристики, качественно наполненные своеобразием, показывающим симптомы борьбы ребенка с собственными ограничениями». «В этой области научного анализа и объяснения, наряду с выяснением средних, типичных тенденций развития личности, большое значение имеет рассмотрение крайних случаев неблагоприятного, негативного развития личности, и с другой стороны, позитивного, компенсаторного типа становления личности в условиях аномального психофизического развития» [5, с. 30–31].

Такой подход к описанию личности людей, страдающих неврологическими заболеваниями, реализован в работах английского невролога О. Сакса [15]. Он рассматривает симптомы дефицитарности познавательных процессов и личности человека в другом ракурсе – с точки зрения дополнительных возможностей, которые открывает эта «недостаточность». Так, описанные им люди с интеллектуальной недлостаточностью отличаются невероятным развитием каких-то навыков или способностей (вычислительных навыков, навыков определения дня недели для любой даты, музыкальной памяти и др.). Таких людей называют савантами. Преобладание образного мышления у людей с аутизмом и их необыкновенная сосредоточенность на деталях позволяет им «рассмотреть» мир в мельчайших подробностях, что создает основу творчества. Интеллект людей с аутизмом назван «интеллектом, едва затронутым традиционной культурой», «странно чистым, оригинальным и в то же время имеющим созидательное начало» [15, с. 302].

Анализ проблемы компенсации в специальной психологии приводит нас к заключению о том, что главным при описании особенностей людей с физическими или психическими недостатками становится поиск способов и средств, с помощью которых они адаптируются к окружающей действительности, преодолевая свои ограничения и реализуя свой потенциал развития.

**3.5.4 Факторы вариативности отклоняющегося психического развития**

Психический онтогенез и дизонтогенез метафорически можно представить в виде дороги, по которой передвигаются дети. Для нормального онтогенеза это широкая дорога, которая позволяет проявляться широким индивидуальным вариациям, но это одна дорога для всех детей. В норме развитие психики подчиняется определенным закономерностям, и дети в определенном возрасте достигают нормативных показателей, своеобразных вех в своем развитии. Для психического дизонтогенеза метафорой может быть множество дорог, которые ведут от центральной дороги в разные стороны и по разным направлениям. Это множество дорог иллюстрирует *многообразие вариантов, форм и типов психического дизонтогенеза.* Л.С. Выготский отмечал, что процессы детского развития, изучаемые дефектологией, представляют огромное многообразие форм, почти безграничное количество разных типов.Это многообразие зависит от многих факторов.

Факторы, которые вызывают отклонения в развитии детей, одновременно определяют и разнообразие вариантов отклоняющегося развития и называются ***факторами вариативности отклоняющегося развития.*** При характеристике отклоняющегося развития отмечалось, что на отклоняющееся развитие оказывают влияние: 1) биологические факторы; 2) социальные факторы; 3) фактор личности (ее активность в освоении социального опыта). Разнообразие биологических, социальных факторов и характеристик личности будет определять и многообразие вариантов отклоняющегося развития.

*К биологическим факторам* можно отнести:

* степень и характер поражения или недоразвития нервной системы;
* время и локализацию поражения нервной системы;
* возможности компенсации поражений нервной системы;

К *социальным факторам*, если понимать их в широком смысле, следует относить содержание средового окружения ребенка, характер взаимодействия ребенка со взрослыми, которое рассматривается как условие его развития. Важным фактором является профессиональная помощь ребенку, и ее результаты также определяют и результаты развития ребенка. Поэтому в число социальных факторов вариативности отклоняющегося развития можно включить:

- качество содержания социальной и предметной среды, в которой растет ребенок;

* качество социальных связей ребенка;
* возраст ребенка, в котором выявлены нарушения; возраст начала коррекционной и реабилитационной работы с ребенком;
* адекватность коррекционной работы структуре нарушения у ребенка;
* качество коррекционной работы;
* воспитательный и реабилитационный потенциал семьи ребенка.

*К факторам личности* можно отнести различные характеристики активности ребенка по освоению им социального опыта, мотивацию ребенка в процессе обучения, воспитания и коррекционной работы, способности ребенка к обучению (обучаемость).

На отклоняющееся психическое развитие каждого ребенка оказывают влияние все перечисленные факторы, а так как каждый из них представлен в разнообразных вариантах, то процесс и результаты развития разных детей будут существенно различаться. Это и приводит к существованию многообразных форм, видов, вариантов отклоняющегося развития у детей.

**3.5.5 Классификация отклоняющегося психического развития**

Классификации исследуемых в науке феноменов – закономерный этап становления научного знания, так как классификация призвана разделить изучаемые явления на формы, группы, виды и т.д. В специальной психологии также существует несколько классификаций видов отклоняющегося развития. Классификация видов отклоняющегося развития необходима для анализа разных нарушений в психическом развитии, выявления структуры нарушений, обоснования диагностических и коррекционных задач.

Клинические классификации видов психического дизонтогенеза основаны на критериях патогенеза нарушений развития личности, их авторами являются специалисты в области детской психиатрии. Так, Г.Е. Сухарева [23] различает три вида психического дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие. В.В. Ковалев [7] полагает, что основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются: 1) ретардация, то есть замедление или стойкое психическое недоразвитие; 2) асинхрония как неравномерное, дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

Однако психологическая классификация видов отклоняющегося развития должна быть построена на основе психологических критериев. Такая классификация была создана В.В. Лебединским [10], который в качестве ее критерия избрал *основное качество и характер нарушений процессов развития, или психического дизонтогенеза.*  Для определения основного качества и характера психического дизонтогенеза автором используются четыре патопсихологических параметра: 1 – функциональная локализация нарушений, 2 – время поражения нервной системы, 3 – взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом, 4 – нарушение межфункциональных взаимодействий в процессе отклоняющегося развития.

На основании сочетания данных параметров и выделяются следующие виды нарушений психического развития у детей.

*1* - *Психическое недоразвитие* – наблюдается при олигофрении – проявления ранней дизонтогении головного мозга с преимущественным недоразвитием более поздно формирующихся мозговых структур, действуют законы тотальности и иерархичности недоразвития.

*2 - Задержанное психическое развитие* – замедление темпа психического развития, которое отмечается в интеллектуальной и эмоциональной сферах с фиксацией показателей развития на более ранних возрастных этапах.

*3* - *Поврежденное психическое развитие*– стойкий, необратимый регресс ряда психических функций в результате прижизненного действия вредности на головной мозг; парциальный характер нарушений (нарушение высших форм мышления, тяжелые нарушения регуляции деятельности, эмоциональной сферы и личности в целом).

*4 - Дефицитарное психическое развитие –* развитие в условиях отсутствия или недостаточности одной из сенсорных (зрение, слух) или двигательной систем, недостаточности речи; выраженный первичный дефект вызывает разнообразные вторичные нарушения: нарушаются те функции, которые связаны с "выпавшей" системой.

*5 - Искаженное психическое развитие –* наблюдается при аутизме, основным качеством нарушения развития является недостаточность общего, в том числе психического тонуса, отсутствие или снижение потребности ребенка в общении с окружающими; искажение развития связано с нарушением процессов усвоения ребенком социального опыта.

*6* ***-*** *Дисгармоническое развитие**–*наблюдается при психопатиях, когда имеется патологическое формирование личности в результате неправильного воспитания; врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики: при сохранной интеллектуальной сфере нарушается преимущественно эмоционально-волевая сфера.

В работах российских психологов М.М. Семаго и Н.Я. Семаго [17] представлена классификация отклоняющегося развития, в основу которой положены три определяющих фактора развития. К ним относятся:

- регуляторный фактор, определяющий формирование произвольной регуляции психической активности человека;

- пространственный фактор, определяющий развитие понятий и представлений и лежащих в их основе пространственно-временных представлений;

- аффективный фактор, выступающий в качестве основы формирования базовой системы аффективной регуляции.

Таким образом, основным критерием классификации отклоняющегся развития также является характер и качество процессов психического развития. Выделяются следующие виды отклоняющегося развития:

1 – недостаточное развитие (тотальное недоразвитие, задержанное психическое развитие; парциальная несформированность высших психических функций);

2 – асинхронное развитие (искаженное развитие, дисгармоничное развитие);

3 – дефицитарное развитие;

4 – поврежденное развитие.

Нейропсихологический подход к классификации отклоняющегося развития реализован А.В. Семенович [18], которая выделяет *синдромы отклоняющегося развития* как совокупность симптомов, свидетельствующих об отклонениях развития ребенка. Для составления классификации синдромов отклоняющегося развития А.В. Семенович привлекла результаты нейропсихологического обследования большого количества детей – как нормально развивающихся, так и детей с отклонениями в развитии. В основу классификации положен *критерий общности, сходства нейропсихологической симптоматики*, что свидетельствует о несформированности или дефицитарности у ребенка мозговых зон, отвечающих за реализацию определенных психических функций. Все синдромы разделяются на 2 группы: синдромы несформированности и синдромы дефицитарности (недостаточности). Симптомы отклонений в развитии являются прямым результатом несформированности или дефицитарности определенных структур головного мозга.

1. *Синдромы несформированности:*
   1. Функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга.
   2. Функциональная несформированность левой височной доли.
   3. Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела).
   4. Функциональная несформированность правого полушария.
2. *Синдромы дефицитарности:*
   1. Функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга.
   2. Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга. Дисгенетический синдром.
   3. Атипия психического развития.

### 3.6 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля

1. Какие аспекты понимания нормы психического развития ребенка вы знаете, в чем их сущность?
2. Докажите, что психическое развитие ребенка имеет нормативный характер.
3. Почему, на Ваш взгляд, увеличивается число детей с отклонениями в развитии? Какие факторы в настоящее время оказывают преимущественное влияние на этот процесс?
4. Что такое факторы вариативности отклоняющегося развития? Какие факторы вы знаете?
5. Какие наследственные заболевания Вы знаете? Что обозначает понятие «наследственные болезни»?
6. Какие факторы, вызывающие отклонения в психическом развитии, можно контролировать, а какие нельзя?
7. Возможна ли профилактика отклоняющегося развития у детей? Как это зависит от фактора дизонтогенеза? Каким образом можно осуществлять профилактику?
8. Соотнесите между собой понятия «психические нарушения» и «нарушения психического развития».
9. Объясните сущность высказывания Л.С. Выготского о превращении минуса дефекта в плюс компенсации.
10. Сравните понятия: аномальное развитие, отклоняющееся развитие, психический дизонтогенез.
11. Какую специфику имеют предпосылки, источник и условия развития при отклоняющемся развитии?
12. Что такое межфункциональные связи, каковы их особенности при отклоняющемся развитии?
13. Что такое компенсация, как законы компенсации проявляются в процессе отклоняющегося развития?
14. Какие классификации отклоняющегося развития Вы знаете? На основе какиех критериев они построены?

***Практическое задание.* Групповая дискуссия «Кому и зачем нужна норма психического развития?»**

Студенты разбиваются на две подгруппы. Участники первой подгруппы представляют себя в качестве сторонников точки зрения о том, что понятие нормы психического развития необходимо для науки и практики. Участники второй подгруппы представляют себя в качестве сторонников противоположной точки зрения: они считают, что понятие нормы психического развития бесполезно и даже вредно. Подгруппы по очереди обмениваются аргументами, подтверждающими точку зрения каждой из подгрупп.

В заключение дискуссии подгруппы меняются ролями, и каждая подгруппа составляет резюме, которое по содержанию опровергает ее изначальную точку зрения.

### 3.7 Библиография по теме «Отклоняющееся психическое развитие развитие как базовое понятие специальной психологии (этиология, содержание и движущие виды психического дизонтогенеза)»

1. Анастази, А. Психологическое тестирование : в 2 кн. / А. Анастази ; под ред. К.М. Гуревича, В.И. Лубовского. – М. : Педагогика, 1982. – Т. 1. – 320 с.
2. Венар, Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг ; под науч. ред А. Алексеева. – СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 384 с.
3. Выготский, Л.С. Собрание сочинений в 6-ти т. / Л.С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 3 : Проблемы развития психики / под ред. А.М. Матюшкина. – 368 с.
4. Выготский, Л.С. Собрание сочинений в 6-ти т. / Л.С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5 : Основы дефектологии / под ред. Т.А. Власовой. – 368 с.
5. Гаврилко, Т.И. Современные направления прикладных исследований и практики коррекционной работы в специальной психологии / Т.И. Гаврилко // Дети с отклонениями в развитии : проблемы изучения и организации комплексной помощи : сб. материалов респ. науч.-практ. конф. . – Брест : БрГУ им. А.С. Пушкина. – Брест : Альтернатива, 2010. – С. 29–32.
6. Клиническая психология : учебник / под ред. Б.Д.  Карвасарского. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2006. – 960 с.
7. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М. : Медицина, 1979. – 608 с.
8. Крэйн, У. Теории развития. Секреты формирования личности / У. Крэйн. – СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 512 с.
9. Лангмейер, Й. Психическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага : Авиценум, 1984. – 334 с.
10. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей: учеб. пособие / В.В. Лебединский. – М. : Изд-во МГУ, 1985. – 168 с.
11. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. – М. : Педагогика, 1989. – 104 с.
12. Лубовский, В.И. Л.С. Выготский и специальная психология / В.И. Лубовский // Вопросы психологии. – 1991. – № 2. – С. 118–124.
13. Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст) / Е.М. Мастюкова. – М. : ВЛАДОС, 1997. – 304 с.
14. Раттер, М. Помощь трудным детям / М. Раттер ; пер. с англ. О.В. Баженовой, Г.Г. Гаузе; общ. ред. А. С. Спиваковской. – М. : Прогресс, 1987. – 420 с.
15. Сакс, О. Антрополог на Марсе / Оливер Сакс. – М. : Астрель, 2012. – 379 с.
16. Сатмари П. Дети с аутизмом / П. Сатмари ; пер. с англ. – М., Нижний Новгород, СПб. : Питер, 2005. – 224 с.
17. Семаго, М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : АРКТИ, 2001. – 208 с.
18. Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие для вузов / А. В. Семенович. – М. : Издательский центр «Академия», 2002. – 232 с.
19. Слепович, Е.С. Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью : метод. рекомендации / Е.С. Слепович, А.М. Поляков. – Минск : Детский фонд ООН, 2005. – 96 с.
20. Специальная психология : учеб. пособие / Е.С. Слепович и др; под ред. Е.С. Слепович, А.М. Полякова. – Минск : Выш. школа, 2012. – 511 с.
21. Современный философский словарь / Под ред. В.Е. Кемерова. – М., Бишкек, Екатеринбург: Одиссей, 1996. – 608 с.
22. Сорокин, В.М. Специальная психология : учеб.пособие / В.М. Сорокин ; под науч. ред. Л.М. Шипицыной. – СПб : Речь, 2003. – 216 с.
23. Сухарева, Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. – М. : Медицина, 1974. – 320 с.

## РАЗДЕЛ 2 ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗНЫХ ВИДОВ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

# Глава 4 Психическое недоразвитие: дети с интеллектуальной недостаточностью

***Основные понятия.*** *Слабоумие; умственная отсталость; недоразвитие, психическое недоразвитие; олигофрения; закон тотальности недоразвития; закон иерархичности недоразвития; легкая, умеренная, тяжелая и глубокая умственная отсталость.*

**Содержание**

4.1 Проблема умственной отсталости (интеллектуальной недостаточности).

4.2 Интеллектуальная недостаточность при олигофрении. Психическое недоразвитие.

4.2.1 Феноменологическая характеристика детей с олигофренией.

4.2.2 Клиническая характеристика олигофрении.

4.2.3 Клинико-психологическая характеристика психического недоразвития.

4.2.4 Возрастная динамика психического развития детей с олигофренией.

4.2.5 Классификации умственной отсталости.

4.2.6 Структура нарушения при психическом недоразвитии. Психологические основы помощи детям.

4.3 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания.

4.4 Библиография по теме «Психическое недоразвитие: дети с интеллектуальной недостаточностью».

### 4.1 Общая характеристика умственной отсталости (интеллектуальной недостаточности)

**Олигофренопсихология** – отрасль специальной психологии, изучающая закономерности психического развития и психологические особенности детей с интеллектуальной недостаточностью.

В истории изучения людей с физическими и умственными нарушениями «слабоумные» люди были одним из первых объектов для описания и анализа, для определения возможностей социальной помощи, их обучения и воспитания. Вероятно, это связано с тем, что отклонения в развитии и поведении этих людей слишком явные, они бросаются в глаза, эти люди ограничены в возможностях обслуживать себя и заботиться о себе, в социальной адаптации, в труде. В дальнейшем в науке и практике вместо терминов «слабоумие», «слабоумный» начали использовать термин «умственная отсталость». В настоящее время понятие умственной отсталости используется в медицине, а в *педагогике и психологии* признано целесообразным использование термина «интеллектуальная недостаточность».

۞ ***Иллюстрация***

«Под умственной отсталостью понимают состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется главным образом проявляющейся в период созревания недостаточностью способностей, определяющих общий уровень интеллекта, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Отсталость может наблюдаться в сочетании с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без подобного сочетания. Вместе с тем лица с умственной отсталостью могут страдать любыми без исключения психическими расстройствами, частота которых у них, по меньшей мере, в 3–4 раза выше, чем в обычной популяции. Кроме того, умственно отсталые лица подвергаются большему риску эксплуатации, а также риску физического или сексуального насилия. Адаптивное поведение у них всегда нарушается, однако в социальных ситуациях, обеспечивающих защиту и доступность поддержки, это нарушение у больных с легкой умственной отсталостью может совсем не обнаруживаться» [10, с. 275–276].

В отечественной психиатрической и дефектологической литературе выделяют *три диагностических критерия* умственной отсталости, или интеллектуальной недостаточности:

1. клинический критерий – наличие органического поражения головного мозга,
2. психологический критерий – стойкое нарушение познавательной деятельности,
3. педагогический критерий – низкая способность к обучению и усвоению знаний.

В американской научной школе изучения умственной отсталости для диагностики умственной отсталости используется *понятие адаптивного поведения.*

*«Адаптивное поведение* определяется как эффективность, с которой индивид приспосабливается к естественным и социальным требованиям окружающего мира, что проявляется в степени его самостоятельности и соответствия требованиям личной и социальной ответственности» [11, с. 46].

Кроме понятия адаптивного поведения используется и понятие адаптивных навыков. Термин *«адаптивные навыки»* включа­ет учет как слабых, так и сильных сторон личности в процессе адаптации. *При умственной отсталости у человека наблюдается недостаточность адаптивного поведения и адаптивных навыков.* Выделены 10 основных областей адаптивных навыков, в которых может проявляться дефицит при умственной отсталости, и описано их содержание.

1. *Коммуникация* – понимание и выраже­ние информации посредством символи­ческого поведения, устная, письменная речь, орфография, графические симво­лы, язык жестов, печатный язык по Брайлю или несимволического поведения (выражение лица, телодвижения, при­косновения).
2. *Самообслуживание* **–** туалет, умение правильно есть, одеться/раздеться, со­блюдение личной гигиены, опрятность.
3. *Возможность жить в домашних усло­виях* – умение вести хозяйство, бережно относиться к собст­венности; умение готовить, планировать и вести бюджет, соблюдать правила безопасности в доме, планировать распоря­док дня. Сопутствующие навыки: воз­можность ориентироваться в доме, в бли­жайших окрестностях; правильно вести себя дома и вне дома; возможность обос­новать свой выбор, вступать в социаль­ное взаимодействие, применять знания в домашних условиях.
4. *Социальные навыки* предпола­гают умения вступить в беседу, провести и закончить ее, адекватно реагировать на замечания в контексте ситуации, чувство­вать настроение собеседника, осуществлять позитивную и негативную обратную связь, регулировать свое поведение, уметь выделять сверстников и общаться с ними; регулировать меру и тип взаимоотношений с окружающими; искать и нахо­дить помощь, а также оказывать помощь окружающим; развивать в себе чувство дружбы и любви; справляться с требова­ниями окружающих, уметь делать выбор; иметь понятие о честности и справедли­вости, уметь владеть собой, вести себя за­конопослушно, соблюдать правила и за­коны, демонстрировать адекватное соци­альное и сексуальное поведение.
5. *Умение жить в микросреде,* т.е. использовать надлежащим образом ресур­сы микросообщества: умения передви­гаться, делать покупки, пользоваться ус­лугами различных служб (газ, ремонт обуви, обращение за помощью к врачу), пользоваться общественным транспор­том и местами общественного пользова­ния (школы, библиотеки, парки, зоны от­дыха, улицы); посещать театры и другие культурные места и мероприятия.
6. *Самонаправленность личности –* умение делать выбор, учиться планиро­вать свои действия, следовать плану; ини­циировать виды деятельности, адекватные месту, условиям, расписанию, личным ин­тересам; завершать необходимые или тре­буемые задания, искать и находить в слу­чае необходимости помощь, решать про­блемы, возникающие в знакомой и новой ситуациях, демонстрировать надлежащие навыки осторожности и самозащиты.
7. *Здоровье и безопасность* включают умения, связанные с охраной здоровья: правильно питаться, своевременно рас­познать наступление болезни, грамотно принимать лекарство и проводить элементарную профилактику заболеваний, знать основы оказания первой помощи, знать и соблюдать правила безопасности (пользо­ваться ремнем безопасности в машине, соблюдать правила при переходе улицы, вступать в диалог с незнакомыми людь­ми); искать и находить помощь, проходить регулярные медицинские осмотры; вос­питывать положительные привычки.
8. *Функциональная успеваемость* – ин­теллектуальные способности и навыки, связанные с обучением, имеющие отно­шение к жизни: письмо, чтение, базовые математические понятия, естествоведческие знания об окружающем мире, здоро­вье и сексуальности; география, общест­венные науки. Важно отметить, что цель данного аспекта адаптивных навыков не успеваемость от класса к классу, а приоб­ретение академических навыков, необхо­димых для обеспечения независимой и самостоятельной жизни в дальнейшем.
9. *Проведение досуга* предполагает уме­ния разнообразить досуг (самостоятельно и совместно), отражающий личные пред­почтения; если мероприятие является публичным, выбирать досуг по возрасту и соблюдать культурные нормы; выбор и са­моинициирование интересов, умения проводить досуг дома и в обществе (само­стоятельно и совместно); вступать в соци­альное взаимодействие с окружающими во время игры, соблюдать очередность, за­канчивать или отказываться от различных видов досуга, продлевать свое участие и расширять спектр интересов, их осознание. Сопутствующие навыки: адекватное поведение в местах проведения досуга, коммуникативный выбор и потребности участия в социальном взаимодействии, применение академических навыков и демонстрация навыков мобильности.
10. *Работа* – навыки, связанные с возмож­ностью работать полный/неполный день в микросообществе, применять специфи­ческие рабочие навыки; демонстрировать адекватное социальное поведение и соот­ветствующие сопутствующие навыки: по­следовательно выполнить и завершить ра­боту, совершенствовать рабочие навыки, применять их на практике, готовить к ра­боте рабочее место, общаться и взаимо­действовать с коллегами, владеть собой на работе, адекватно реагировать на крити­ку; распоряжаться деньгами и уметь их распределять.

***Виды умственной отсталости, или интеллектуальной недостаточности.*** Умственная отсталость, является, как правило, результатом поражения или недоразвития головного мозга, и эти поражения рассматриваются как грубые, выраженные. При умственной отсталости наблюдается в первую очередь поражение коры как наиболее сложного образования головного мозга. Умственная отсталость может быть результатом как врожденных, так и приобретенных поражений мозга. В отдельных случаях умственная отсталость возникает в результате массивной депривации в раннем детстве, при которой у детей не осуществляется в полном объеме созревание мозговой коры, в норме созревающей прижизненно в условиях социальной стимуляции. К таким случаям можно отнести умственную отсталость у детей, воспитанных животными.

*Умственную отсталость* подразделяютнаследующие *виды*:

– умственная отсталость *как результат* *врожденных или рано приобретенных поражений головного мозга,* то есть умственная отсталость при олигофрении;

– умственная отсталость *как результат приобретенных поражений головного мозга после периода нормального развития ребенка*, то есть умственная отсталость при деменции;

– умственная отсталость *как результат депривации*, или педагогической запущенности ребенка, а также его развития вне условий человеческого общества.

### 4.2 Интеллектуальная недостаточность при олигофрении. Психическое недоразвитие

В данной главе мы рассмотрим особенности развития *детей с олигофренией.* Психическое развитие этих детей описывается в классификации В.В. Лебединского [4] как ***психическое недоразвитие.*** С самого рождения у детей имеется грубое поражение головного мозга, а все психические функции недоразвиты, то есть развиты недостаточно. Ребенок как бы находится на более низком уровне развития по сравнению со своими сверстниками, и его уровень развития соответствует более младшему возрасту.

Возможные формулировки диагноза по МКБ-10 [10]: F70 – легкая умственная отсталость, F71 – умеренная умственная отсталость, F72 – тяжелая умственная отсталость, F73 – глубокая умственная отсталость, F78 – другие виды умственной отсталости, F79 – неуточненная умственная отсталость.

**4.2.1 Феноменологическая характеристика детей с олигофренией**

Отклонения в развитии детей с олигофренией становятся заметны уже с самого раннего возраста, так как дети отличаются от сверстников и в развитии движений, и в речевом развитии, у них менее выражен или не выражен вообще интерес к окружающему, к общению с людьми, к игрушкам. Таких детей узнать достаточно легко по внешнему виду. В большинстве случаев у них есть особые отличительные признаки, так называемые стигмы эмбриогенеза, которые свидетельствуют о нарушениях в формировании организма в целом, его внутренних органов и головного мозга. К стигмам относятся: особое строение лица, черепа, ушных раковин; ребенок отличается размером и формой головы, носа и других частей лица. Нередко наблюдаются различные аномалии и дисплазии, то есть деформации и нарушения соотношения размеров черепа, аномалии строения и расположения ушных раковин, глаз, зубов, укорочение фаланг пальцев, синдактилии (сросшиеся пальцы). В таких случаях, а особенно если человек уже знаком с такими детьми, он по внешнему виду определит, что это дети с отклонениями в развитии.

В других случаях дети по внешнему виду не отличаются от своих нормально развивающихся сверстников, и их умственные ограничения становятся заметными только при общении с ними, особенно при выполнении заданий учебного типа. Их интеллектуальная недостаточность проявляется прежде всего там и тогда, когда требуются умственные способности для ориентировки в окружающем мире, в бытовых ситуациях, а также для решения более сложных познавательных задач. Уже с самого раннего возраста у такого ребенка заметны низкий интерес к окружающему миру, трудности понимания, трудности установления связей и отношений между предметами и явлениями, медленная скорость усвоения информации, трудности запоминания и необходимость многократных повторений материала для его запоминания. Таким детям все дается с большим трудом, а многое из того, что доступно обычным детям, им оказывается недоступно вообще.

**4.2.2 Клиническая характеристика олигофрении**

*Этиология олигофрении*. Олигофрения является результатом грубого органического поражения головного мозга в раннем эмбрио- и онтогенезе. Поражения мозга происходят в период внутриутробного развития ребенка, а также в первые месяцы жизни ребенка.

Для возникновения олигофрении решающее значение имеет время воздействия вредности на плод. Особенно опасным является поражение в первую треть беременности, когда происходит закладка и интенсивное формирование мозговых систем.

Олигофрения является результатом вредоносного действия на нервную систему большого числа факторов на разных этапах ее формирования:

* *генетические нарушения, возникающие на этапе оплодотворения*, приводят к нарушениям формирования головного мозга, который в конечном итоге оказывается недоразвитым; в настоящее время описано более 200 хромосомных аномалий, обусловливающих олигофрению;
* *врожденные нару­шения обмена веществ* (аминокислот, металлов, солей, жиров и углеводов вследствие врожденной неполноценности ферментных структур), которые приводят к изменениям функционирования головного мозга; возникающие формы олигофрении называют энзимопатическими;
* *генетические пороки развития,* которые являются наследственными дефектами, сочетающими слабоумие с поражением мышечной, костной, кожной, сердечно-сосудистой систем, а также зрения и слуха;
* *микроцефалия* – врожденное или приобретенное заболевание головного мозга, при котором головной мозг резко уменьшен в размерах и ограничены возможности его роста;
* *гидро­цефалия* – увеличение количества жидкости в полостях мозга и межоболочечных пространствах, что резко изменяет нейродинамику мозговых процессов;
* *экзогенная олигофрения* – результат воспалительных процессов в головном мозге (менингиты, менингоэнцефалиты, тяжелые формы соматических инфекций), интоксикации, радиоактивного и рентгеновского облучения половых клеток родителей и самого плода;
* *травмы мозга* при неблагополучных родах имеют дополнительное значение в этиологии олигофрении, так как неблагополучные роды бывают чаще при изначально неполноценном плоде;
* *травматические поражения плода* могут возникать и в результате родовой травмы, в результате наложения акушерских щипцов или применения других механических приемов ведения родов, в результате сдавливания головки ребенка при прохождении через родовые пути матери;
* *длительная асфиксия во время родов* также может привести к умственной отсталости у ребенка;
* *алкогольная (или другая токсическая) эмбриопатия*, обусловленная алкоголизацией матери или употреблением ею других психоактивных веществ.

В детской психиатрии *психическое недоразвитие описывается как совокупность многочисленных синдромов ранней и стойкой общей отсталости, то есть как синдром тотальной ретардации*.

Г.Е. Сухарева [21] выделяет два признака общего психического недоразвития: 1) преобладание интеллектуального дефекта; 2) отсутствие прогредитентности, то есть продолжения разворачивания болезненного процесса. Это дает основание для оптимистического прогноза относительно развития ребенка, который после перенесенной вредности оказывается практически здоровым, поскольку болезненные процессы в структурах головного мозга прекращаются. Ребенок имеет потенциальные возможности для дальнейшего развития, и при создании благоприятных условий он их реализует. Однако психическое развитие не может разворачиваться нормально, так как оно у детей уже протекает на биологически дефектной основе. Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры как образования, наиболее сложного и наиболее поздно созревающего в онтогенезе.

Общее психическое недоразвитие при интеллектуальной недостаточности часто сочетается с другими неспецифическими нарушениями. Это нарушения работы черепно-мозговых нервов, пирамидная недостаточность, парезы, нарушения мышечного тонуса, церебрально-эндокринная недостаточность. В соматическом статусе у детей отмечаются различные аномалии развития и дисплазии (деформации и нарушения соотношения размеров черепа, аномалии строения и расположения ушных раковин, глаз, зубов, укорочение фаланг пальцев, синдактилии), пороки развития внутренних органов (сердца, легких, мочеполовой системы, костной системы, желудочно-кишечного тракта и др.).

При олигофрении у детей наблюдаются специфические особенности строения и функционирования головного мозга. Необратимое недоразвитие мозга в целом сочетается с преимуще­ственной незрелостью мозговой коры как наиболее сложного и молодого образования. В первую очередь недоразвиты *лобные и теменные области* коры. Эти области мозговой коры являются специфически человеческими образованиями, они наиболее сложные и позднее других формируются в онтогенезе. Уменьшена асимметричность строения и функционирования головного мозга, что снижает возможности его функционирования. Патофизиологические процессы головного мозга также отличаются специфичностью: отмечаются слабость нервных процессов, слабость замыкательных функций коры, затруднение формирования новых, особенно сложных условных связей, патологическая инертность нерв­ных процессов, их слабая переключаемость, нестойкость следов, недостаточность внут­реннего торможения, чрезмерная иррадиация возбуждения. М.Н. Фишман [22] изучала системную организацию процесса восприятия внешней информации посредством фиксации показателей вызванной электрической активности мозга у нормально развивающихся детей и у детей с интеллектуальной недостаточностью. У детей с интеллектуальной недостаточностью имеются выраженные структурно-функциональные нарушения организации ЦНС, сочетающиеся с отчетливым недоразвитием корковых структур мозга, особенно лобных и теменных областей, что резко изменяет его ассоциативную деятельность. Нарушения организации мозга проявляются в изменении деятельности правого и левого полушарий головного мозга. Процессы различения, восприятия и переработки информации происходят у детей с интеллектуальной недостаточностью по правополушарному типу. По данным И.Ф. Марковской [4], при олигофрении наблюдается недостаточность лобных и теменных отделов мозга, что отражает выраженные нарушения программирования и контроля деятельности, пространственных представлений у детей.

**4.2.3 Клинико-психологическая характеристика психического недоразвития**

Патопсихологическая структура дефекта при олигофрении описывается М.С. Певзнер [1], которая полагает, что основными признаками развития детей с олигофренией является недостаточность познавательной деятельности при стойкой дефицитарности абстрактного мышления в сочетании с нарушенной динамикой (инертностью) психических процессов. При олигофрении, в первую очередь, отмечается *стойкое необратимое* нарушение познавательной деятельности.

*Два основных закона олигофрении* формулирует Г.Е. Сухарева: закон тотальности и закон иерархичности недоразвития. Закон *тотальности недоразвития* гласит, что в состоянии недоразвития находятся все функции – сома­тические, моторные, психические. Другими словами, уровень развития всех функций равномерно снижен относительно возрастной нормы, а возрастная динамика психического развития отличается крайне низким темпом, то есть направленные положительные изменения психических функций происходят очень медленно.

Психологические особенности детей с интеллектуальной недостаточностью и характеристика процесса психического развития при интеллектуальной недостаточности изучались еще в работах Э. Сегена. Существенный вклад в изучение психики умственно отсталого ребенка был внесен Л.С. Выготским, его учениками и последователями Ж.И. Шиф, Р.Е. Левиной. В советской психологии проблемами развития психики при интеллектуальной недостаточности занимались Т.А. Власова, Л.В. Занков, М.М. Нудельман, В.Г. Петрова, Б.И. Пинский, С.Я. Рубинштейн, И.М. Соловьев и др.). В белорусской специальной психологии вопросы олигофренопсихологии освещаются в работах Л.И. Алексиной, З.А. Анацкой, Т.А. Процко, А.И. Гаурилюс, В.М. Навицкой, А.М. Полякова.

В своих работах Э. Сеген считал расстройства воли главным недостатком умственно отсталых детей, и это проявляется в том, что у них нет умения свободно прилагать свои способности к явлениям нравственного и отвлеченного характера. «Физически он не может, умственно он не знает, психически – не желает» [2, с. 231–232]. Л.С. Выготский подчеркивал, что главной особенностью умственно отсталого ребенка является вызванное поражением мозга снижение активности (инактивность) в познании мира, слабость ориентировочной деятельности. Нормально развивающийся ребенок способен концентрировать внимание на отдельных сторонах ситуации, то есть прозвольно изменяя воспринимаемое поле, а для умственно отсталого ребенка характерно недоразвитие произвольного внимания. Поэтому для умственно отсталого ребенка типична недостаточная дифференцированность воспринимаемого и переживаемого мира. Также типичным для умственно отсталого ребенка является конкретность и примитивность мышления: «Конкретность мышления слабоумного ребенка означает, что каждая вещь и каждое событие получают для него свое значение, т.е. определенную ситуацию. Он не может выделить их как самостоятельгные части независимо от ситуации. Поэтому абстрагирование и обобщение ее на основании известного существенного родства между предметами крайне затруднено у ребенка. По своей сути абстракция требует некоторого отграничения от ситуации, которая целиком связывает отсталого ребенка. Особенно трудны для него обобщения, требующие наибольшего отвлечения от ситуации и располагающиеся в связях фантазии, понятий и ирреальности» [2, с. 240–241].

Идеи Л.С. Выготского нашли отражение в психологических исследованиях, позволивших выявить многочисленные факты и закономерности развития психики умственно отсталого ребенка. Рассмотрим далее в кратком виде основные положения, касающиеся развития психики детей с интеллектуальной недостаточнстью, обоснованные в психологических исследованиях.

***Активность.*** Для детей характерна сниженная активность во всех сферах (двигательная, познавательная, коммуникативная). Ребенок с интеллектуальной недостаточностью предпочитает привычное и обычное новому и незнакомому, в отличие от обычных детей; все новое они склонны сводить к старому, хорошо известному, поэтому любят заниматься монотонной деятельностью, не требующей новых способов ее выполнения. Дети с интеллектуальной недостаточностью не склонны проявлять инициативу в деятельности, а также инициативу в общении. Они скорее принимают предложения взрослых, пассивно им подчиняясь.

В ***двигательной сфере***наблюдается недоразвитие моторики при отсутствии первичного поражения мозговых структур двигательного аппарата. У детей значительно позже появляются основные движения (ползание, ходьба, бег). Для движений детей с интеллектуальной недостаточностью характерны неустойчивость мышечного тонуса, неловкость произвольных движений, бедность мимики и жестов, наличие лишних движений. Движения у детей характеризуются неловкостью, слабой координированностью, замедленностью или, напротив, импульсивностью. Наряду с бедностью, однообразием, неритмичностью, плохой пластичностью движений часто наблюдается их бесцельность, общее двигательное беспокойство, наличие синкинезий. Походка у детей долгое время остается неустойчивой, плохо координированной, они ходят, шаркая ногами.

Значительно позднее у детей появляется акт хватания, что задерживает развитие действий с предметами, а в последующем снижает возможности познания окружающего мира. Как правило, у них долгое время не выделяется ведущая рука, нет согласованности в действиях обеих рук. Недостаточность ручных движений проявляется при овладении детьми навыками самообслуживания: дети двительное время не могут научиться держать ложку, пить из чашки, самостоятельно раздеться и одеться, и особую сложность для них представляет застегивание и расстегивание пуговиц, молний, завязывание шнурков [3].

***Сенсорно-перцептивная сфера.***Хотя поражение слуха и зрения при олигофрении у детей отсутствует, их восприятие характеризуется бедностью и недостаточностью. И.М. Соловьевым экспериментально доказаны замедленность и слабая активность восприятия, недоразвитие его константности, уменьшение объема восприятия [15]. Недостаточная дифференцированность зрительного восприятия умственно отсталых детей проявляется в неточном распознавании детьми близких по цветовому спектру цветов и оттенков, в отсутствии выделения признаков, частей, пропорций и других особенностей предмета. Дети склонны отождествлять предметы, сходные по одному признаку, но различающиеся по другим признакам. С другой стороны, из-за недоразвития константности восприятия дети воспринимают предметы как разные, если изменилось их расположение перед глазами ребенка, если знакомый предмет расположен на расстоянии. При предъявлении изображения перевернутым вверх ногами ребенок воспринимает его как другой предмет.

В исследовании К.И. Вересотской [15] детям предлагалось узнать изображенные на картинках хорошо известные предметы в условиях ограниченного времени предъявления. Оказалось, что у умственно отсталых школьников значительно снижен темп восприятия и объем воспринятого материала.

В исследовании И.И. Мамайчук [8] изучались особенности формирования перцептивных действий у дошкольников 5–7 лет с умственной отсталостью. В процессе ощупывания предметов умственно отсталые дети использовали простые манипуляции с предметами, целенаправленного обследования не наблюдалось. Дети затруднялись в выделении существенных свойств и признаков предметов, отражения их пространственных характеристик. Недоразвитие перцептивных действий является существенным фактором, влияющим на низкую эффективность восприятия у детей с интеллектуальной недостаточностью.

۞ ***Иллюстрация***

Дети дошкольного и младшего школьного возрастов не видят различий между изображениями кошки и белки, белки и зайца, не различают компас и часы, объединяют в одну группу квадрат и прямоугольник. Перевернутое изображение блюдца с чашкой дети воспринимают как гриб.

Для детей в целом характерны трудности обследования предметов, выделения их признаков и свойств. При восприятии сложных сюжетных изображений особенно ярко обнаруживается недостаточность восприятия, недоразвитие способности к целенаправленному обследованию изображения. Дети способны воспринять и назвать отдельные изображения, но не могут уловить общий смысл сюжета картины. Зачастую описание картины сводится к рассуждению по ассоциации, которые возникают при рассматривании.

Таким образом, замедленная и ограниченная восприимчивость, характерная для детей с интеллектуальной недостаточностью, оказывает существенное влияние на развитие других психических процессов.

***Внимание.***Недостаточность непроизвольного и произвольного внимания у детей связана с особенностями нервных процессов (их патологическая инертность, нарушение подвижности, нарушение соотношения между процессами возбуждения и торможения). Пассивное, непроизвольное внимание у детей более сохранно по сравнению с активным, произвольным вниманием. В то же время непроизвольное внимание характеризуется небольшим объемом, неустойчивостью, трудной переключаемостью. Внимание детей обычно привлекают яркие предметы или изображения, их отдельные детали, бросающиеся в глаза.

Произвольное внимание формируется с трудом вследствие слабости ориентировочной реакции, недостаточной познавательной активности детей, словесного опосредования деятельности. Дети не могут длительное время сосредоточивать внимание на предметах или выполняемой деятельности, они часто отвлекаются на посторонние стимулы [19].

***Память.***Многочисленные исследования показали недостаточность памяти как в отношении запоминания, так и хранения и воспроизведения информации. Основные свойства памяти детей с интеллектуальной недостаточностью – замедленный темп усвоения нового, непрочность сохранения и неточность воспроизведениям (С.Я. Рубинштейн). Относительно сохранной оказывается механическая память, и усвоение информации об окружающем мире происходит с помощью механической и непроизвольной памяти. Наиболее сильно у детей страдает смысловая память.

Объем запоминаемого детьми с интеллектуальной недостаточностью материала значительно меньше по сравнению с нормально развивающимися детьми. Если нормально развивающиеся школьники запоминают 7+2 объекта при одновременном их предъявлении, то дети с интеллектуальной недостаточностью – 3 объекта (В.Г. Петрова). В зависимости от глубины недоразвития запоминание нового материала затруднено в разной степени, но общей особенностью детей с олигофренией является их способность лучше запоминать наглядный материал по сравнению со словесным. Особенно хорошо дети запоминаются яркие картинки, изображающие хорошо знакомые предметы, или сами предметы, которые часто используются. Чем более абстрактным является запоминаемый материал, тем меньший его объем дети запоминают. Лучше всего запоминаются реальные предметы, затем их изображения на картинках, и только затем – названия этих предметов. Хорошо запоминается детьми материал, который вызывает у них яркие положительные эмоции, и особенно это относится к текстам. В текстах дети запоминают те эмоционально насыщенные фрагменты, в которых рассказывается о хорошо знакомых им событиях, даже если эти фрагменты не являются существенными и не определяют содержание прочитанного. Однако все, что дети запомнили, остается в их памяти ненадолго, то есть сохранение информации в памяти также существенно страдает. Дети с интеллектуальной недостаточностью нуждаются в частом и регулярном повторении учебного материала для его прочного запоминания.

Трудности понимания словесного и текстового материала приводят к тому, что дети школьного возраста лучше запоминают внешние признаки предметов и явлений в их случайных сочетаниях, не запоминают отличительные характеристики предметов и явлений (М.М. Нудельман).

Точность и прочность запоминания детьми материала любого вида достаточно низкая. При воспроизведении материала дети многое пропускают, переставляют местами элементы, составляющие единое целое, допускают много повторов, привносят много ненужных элементов в результате случайных ассоциаций.

Дети с интеллектуальной недостаточностью обычно пользуются непроизвольным запоминанием, они запоминают прежде всего то, что само привлекло их внимание, что кажется им интересным и привлекательным. Произвольное запоминание у детей развивается с большим трудом. Требование запомнить материал может вызвать у детей растерянность и тревогу, так как дети не знают, каким образом можно запоминать, какие способы запоминания использовать. Растерянность и тревога дезорганизуют деятельность ребенка, и результаты запоминания оказываются низкими, даже более низкими, чем при непроизвольном, непреднамеренном запоминании. Даже учащиеся старших классов вспомогательной школы не умеют использовать приемы запоминания, такие как разделение текста на части, выделение основной мысли, определение опорных слов и выражений. Легче всего детям дается буквальное повторение текста как способ запоминания.

В эксперименте Б.И. Пинского изучалась эффективность запоминания словесного материала детьми с умственной отсталостью и нормально развивающимися детьми школьного возраста в условиях преднамеренного (произвольного) и непреднамеренного (непроизвольного) запоминания. Преднамеренное запоминание состояло в том, что детей предупреждали о необходимости воспроизвести текст после окончания его прочтения. Оказалось, что у нормально развивающихся детей результативность преднамеренного запоминания выше, чем результативность непреднамеренного запоминания. Дети с умственной отсталостью не умеют использовать способы произвольного запоминания, они пытаются фиксировать наиболее яркие слова и фразы, не обращая внимания на смысл текста, поэтому у них не наблюдается существенной разницы произвольного и непроизвольного запоминания.

Запоминание текстового материала у детей в школьном возрасте улучшается, если этот материал дается в стихотворной, ритмизированной форме. Наличие ритма и рифмы, мелодических особенностей в стихотворении облегчает возможность запоминания. Для заучивания стихотворения детям требуется меньшее число повторений, чем при заучивании прозаического текста.

Большие трудности вызывает у детей необходимость *припоминания* воспринятого материала. Дети припоминают лишь то, что произвело на них большое впечатление, что понравилось или привлекло внимание. Это связано с недоразвитие произвольных способов запоминания и воспроизведения.

Таким образом, недостаточность развития памяти детей при интеллектуальной неостаточности связано с недоразвитием их мышления. Недостаточность участия мышления в процессах памяти проявляется в плохом понимании, в неумении выделить существенное в запоминаемом материале, связать между собой разные элементы содержаниия, подлежащего запоминанию, отвлечься от несущественного, побочного. Все это резко снижает возможности опосредованной памяти у детей.

***Речь.***Недоразвитие речи является одним из основных проявлений психического дизонтогенеза при олигофрении. Уже в младенчестве звукокомплексы у детей бедны и менее эмоционально окрашены. Долгое время звучащая речь не привлекает внимания и не интересует ребенка с интеллектуальной недостаточностью. Поэтому и говорить дети начинают со значительным опозданием относительно возрастных норм. Так, первые слова могут появиться у детей в 3 года или даже в 5 лет. Однако постепенно в разные сроки дети овладевают речью и используют ее для общения. В словаре преобладают существительные и реже – глаголы. Активный словарь резко ограничен по сравнению с пассивным, страдает грамматический строй речи, затруднено понимание смысла слов, часто наблюдаются дефекты звукопроизношения.

Дети предпочитают пользоваться невербальными средствами общения, и в речевом общении они немногословны. Они с трудом воспринимают речь взрослых, испытывают сложности при прослушивании сказок или рассказов, их больше интересуют картинки в книге или просмотр мультфильмов.

Тем не менее, в формировании диалогической речи дети достигают определенных успехов, так как они становятся способными использовать речь для целей общения. А вот овладение монологической речью представляет для детей значительные трудности. Монологическая речь оказывается для детей недоступна даже при специальном обучении, так как она требует планирования высказывания, составления его программы, умения следовать составленному плану, выражать в речи главную мысль. То есть особенности мышления детей с интеллектуальной недостаточностью препятствуют овладению монологической речью.

У детей с интеллектуальной недостаточностью несформированной оказывается и регулирующая функция речи (Л.И. Алексина, В.В. Лебединский, В.И. Лубовский, В.Г. Петрова, Ж.И. Шиф [4; 19]). Как полагают Е.С. Слепович и А.М. Поляков, развитие речи является необходимым средством развития продуктивных действий, так как речь представлена в форме знаков, являясь средством осмысления социальных требований и идеальных форм, построения замысла деятельности. Исследование А.М. Полякова [20] посвящено изучению продуктивных действий у подростков с легкой интеллектуальной недостаточностью. В исследовании установлено, что отсутствие опосредованной регуляции деятельности сохраняется у детей с интеллектуальной недостаточностью вплоть до 12–13 лет, а подростки 14–15 лет уже способны к построению замысла преимущественно во внешем плане в процессе практической деятельности.

***Мышление.***У детей наблюдается недостаточность всех уровней и звеньев мыслительной деятельности. Как отмечают Ж.И. Шиф и В.Г. Петрова, мышление детей с умственной отсталостью формируется в условиях ограниченной практической деятельности, неполноценного чувственного познания, недоразвития речи,

Исследования В.Г. Петровой показали слабость практического интеллекта у детей дошкольного возраста и младшего школьного возрастов: затруднения возникают при выполнении таких заданий, как складывание целого из частей, вкладывание фигуры определенной формы и размера в отверстие такой же формы и размера. Дети выполняют подобные задания путем проб и ошибок, требуется большое число повторений, ошибки многократно повторяются, так как дети не изменяют неуспешного способа действия. Для дошкольников наиболее трудными оказываются задания, где требуется наглядно-образное мышление, так как дети не могут сохранить в памяти образец, не могут произвести изменения в образах в уме и действуют ошибочно.

Особенно трудно детям с интеллектуальной недостаточностью даются задания, для выполнения которых требуется словесно-логическое мышление. Даже при специальном обучении дети не могут обобщать предметы, они скорее припоминают то, что знают, чем решают мыслительную задачу (то есть вспоминают, а не думают).

**۞*Иллюстрация***

Ребенка дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью, который обучался в старшей группе детского сада, спросили, что такое фрукты. Он назвал: яблоко, груша, апельсин, конфеты. Названия фруктов многократно повторялись на занятии, однако ребенок к этим названиям добавил также и конфеты.

Дети школьного возраста не всегда могут определить время года по цветной картинке, несмотря на регулярное обучение по этой теме. Дети не могут установить причинно-следственные связи, актуализировать свои знания, связать их с изображением. Дети не понимают также несложные тексты, легко доступные нормально развивающимся дошкольникам, так как не воспринимают и не понимают временн*ы*е, пространственные, причинно-следственные и другие отношения.

Конкретность мышления и слабость обобщений у детей с интеллектуальной недостаточностью – наиболее типичная особенность их познавательной сферы. Ребенок с умственной отсталостью более или менее успешно осваивает все простое, элементарное, но не может достигнуть высших уровней обощения и абстракции (С.Я. Рубинштейн). Мыслить конкретно обозначает оставаться во власти конкретных наглядных образов, неумение понять общее и существенное, скрытое за конкретным предметом или образом.

**۞*Иллюстрация***

* 1. Ребенок, ученик 1 класса вспомогательной школы, на вопрос «Что такое птица?» отвечает: «Она серенькая, маленькая, имеет маленький носик или ротик».
  2. Учитель предлагает ребенку дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью задачу: «У мальчика было три конфеты, одну он потерял. Сколько конфет у него осталось?» Ребенок отвечает: «Надо искать ее и найти».
  3. Ребенку с интеллектуальной недостаточностью предлагают выполнить задание на классификцию предметов «Что к чему подходит». Он раскладывает картинки в соответствии со своим жизненным опытом и представлениями: одежду положит рядом со шкафом, моряка поместит возле корабля, бабочку объединяет с цветком, а кошку отказывается положить рядом с собакой, так как они дерутся [15, с. 113 ].

В исследованиях формирования понятий у детей с умственной отсталостью, проведенных Л.В. Занковым [19], обнаружена смутность, расплывчатость, недифференцированность понятий, невозможность выйти за пределы непосредственного конкретного опыта. Дети объединяют картинки в группу по признаку цвета, например, объединяют чашку, тарелку и цветок, потому что они синего цвета, и отказываются добавить чайник красного цвета. Особенно трудно дается детям изменение признака, на основе которого проводилось объединение предметов в группу. Если они объединяли предметы в группы по форме, то уже не могут объединить их по величине.

У детей с интеллектуальной недостаточностью явно нарушено нахождение связей между объектами и перенос усвоенных принципов решения проблем на другие задачи. Прежде всего, нарушены функции мышления в узком смысле, т.е. решение проблем, абстрагирование и обобщение. Страдающие интеллектуальной недостаточностью дети почти не в состоянии освободиться от сенсорных впечатлений и конкретной ситуации, способность к представлению у них также недостаточно развита. Мышление у детей является стереотипным, тугоподвижным, применение имеющихся знаний в новых условиях оказывается невозможным или приводит к ошибочному выполнению задания.

***Эмоциональная сфера*** детей с интеллектуальной недостаточностью характеризуется слабой дифференцированность эмоций, косностью и однообразием, бедностью оттенков переживаний, несоответствием ситуации по силе и содержанию: этот комплекс симптомов называют *эмоциональной уплощенностью*. Эмоциональные переживания ребенка школьного возраста с умственной отсталостью простые и двухполюсные, он испытывает удовольствие/неудовольствие, а тонкие оттенки переживания для него нехарактерны. У некоторых детей можно наблюдать легкость и поверхностность переживаний по поводу серьезных жизненных событий, быстрые переходы от одного настроения к другому. У других детей эмоциональные состояния довольно сильные, и возникают они по незначительным поводам, у этих детей наблюдается и эмоциональная вязкость, склонность застревать на одном эмоциональном состоянии, независимо от изменения актуальной ситуации. Неспособность детей с интеллектуальной недостаточностью подавлять аффект либо влечение нередко проявляются в склонности к импульсивным аффективным реакциям (вспышкам гнева, агрессивному поведению).

***Личность.***Общая незрелость личности при интеллектуальной недостаточности проявляется в общей незрелости мотивации: приоритет органических потребностей и влечений, низкий уровень познавательных интересов, фактическое отсутствие потребности в приобретении знаний, низкая мотивация в различных видах деятельности. Для детей характерно недоразвитие волевой сферы, что проявляется в безынициативности, повышенной внушаемости, низкой способности к усвоению социальных норм и правил. Для детей характерна позиция эгоцентризма: все окружающее рассматривается детьми с утилитарной точки зрения, полезности или вредности, им трудно встать на позицию другого человека, учитывать его потребности и мнения. Эгоцентрическая позиция является причиной субъективизма, некритичной высокой самооценки, самоуверенности и самодостаточности [20].

**۞*Иллюстрация***

В классическом исследовании Де-Греефе ребенку с легкой умственной отсталостью предлагалось провести линии вниз от трех кружков, которые обозначали его самого, учителя и его сверстника, так, чтобы самая длинная линия досталась самому умному. Испытуемый проводил самую длинную линию от кружка, который обозначал его самого. Этот симптом некритично высокой самооценки детей с умственной отсталостью назван симптомом Де-Греефе [15, с. 172].

У детей и подростков с интеллектуальной недостаточностью отсутствует способность рассматривать себя как субъекта действия и относиться к себе как к объекту восприятия другими людьми. Как установлено в исследовании А.И. Гаурилюс [20], все это наряду с отсутствием рефлексии является основой бедности социальной перцепции. В связи с этим умственно отсталые дети не понимают шуток, юмора, иронии, не могут распознать контекста социальных событий, поэтому дети не могут противостоять влиянию других лиц, внушаемы, легко становятся жертвами обмана, поскольку не способны противопоставить свою позицию позиции другого человека.

При психическом недоразвитии страдают все психические функции: от моторной сферы до личности, то есть психическое развитие характеризуется как ***тотальное недоразвитие***.

*Каждая высшая психическая функция включает звенья разного уровня сложности.* Например, активная речь включает такие уровни, как уровень отдельных слов, уровень простой фразы и уровень сложных предложений; в двигательной сфере есть уровень простых движений и уровень сложных высококоординированных движений (ср. например, ходьбу и бег с препятствиями); в мыслительной сфере выделяются наглядное и словесно-логическое мышление. При олигофрении недостаточность восприятия, движений, речи, эмоций, памяти, проявляется, как правило, меньше, чем недоразвитие мышления. Если при легкой степени умственной отсталости можно говорить даже об относительной сохранности более элементарных психических функций, то недоразвитие высших форм мышления составляет обязательный признак. В восприятии, в памяти и внимании, эмоциональной сфере и даже в моторике больше страдает тот уровень, который связан с процессами отвлечения и обобщения. В восприятии, прежде всего, страдает наиболее сложный уровень, связанный с анализом и синтезом воспринимаемого: у детей отмечаются трудности в выделении ведущих признаков и свойств воспринимаемых предметов. Ребенку с олигофренией трудно выделить и усвоить такие признаки предметов, как замкнутость и разомкнутость фигуры, количество углов, пространственное расположение предметов. Пассивное непроизвольное внимание более сохранно, чем активное произвольное внимание. Механическая память бывает вполне удовлетворительной, однако смысловая память всегда будет недостаточной.

۞ ***Иллюстрация***

В экспериментах Л.В. Занкова детям с олигофренией было предложено запоминать пары слов. Среди предъявляемых пар слов были пары двух типов: 1-й тип – слова в паре, не связанные по смыслу, 2-й тип – слова в паре, связанные по смыслу и представляющие собой логическую структуру. Нормально развивающиеся дети лучше запоминают те пары слов, которые связаны по смыслу. Дети с интеллектуальной недостаточностью запоминают любые пары слов одинаково трудно [20].

*Иерархичность недоразвития* при психическом недоразвитии проявляется в том, что в каждой психической функции будет страдать ее высший уровень, в то время как низший уровень будет страдать в меньшей степени.

В приведенных примерах у детей с олигофренией страдает связная речь, где требуется использование предложений, сложные двигательные функции, такие как бег с препятствиями, способность к тонким и точным движениям, а также словесно-логическое мышление. Характеризуя эмоции детей с интеллектуальной недостаточностью, Л.В. Занков отмечал, что аффективные стремления умственно отсталых детей недостаточно пропускаются через многогранную призму оценок и суждений. В то же время дети с олигофренией, даже при выраженных степенях интеллектуальной недостаточности, способны проявлять сочувствие к конкретным людям, переживать обиду и стыд.

Все высшие психические функции будут недоразвиты по сравнению с возрастными показателями, но степень, или выраженность, их недоразвития будет различаться, если их сравнивать между собой. В большей степени недоразвитыми будут наиболее сложные звенья и уровни высших психических функций.

Закон ***иерар­хичности недоразвития*** гласит, что недоразвитие высших форм психической деятельности более выражено по сравнению с недоразвитием более простых, элементарных функций

**4.2.4 Возрастная динамика психического развития детей с олигофренией**

Динамика процессов развития у детей с олигофренией отличается крайней замедленностью формирования высших психических функций. Дети в своем развитии отстают от своих нормально развивающихся сверстников. Рассмотрим, как происходит психическое развитие детей на разных этапах. Обозначая традиционно возрастные периоды развития детей с интеллектуальной недостаточностью как младенчество, ранний возраст, дошкольный возраст, младший школьный возраст, подростковый возраст, мы имеем в виду лишь *номинальное совпадение хронологических границ этих возрастов.* Психологические особенности детей с олигофренией в соответствующем возрастном периоде будут существенно иными по сравнению с нормально развивающимися детьми.

***Психическое развитие ребенка с олигофренией в раннем детстве.*** На первом году жизни наблюдается вялость, выраженное недоразвитие двигательных функций, часто отмечается нарушение сна и бодрствования. С отставанием формируются связи «глаз – рука», «глаз – ухо», что тормозит развитие хватания и действий с предметами. Недоразвитие эмоциональной сферы проявляется в позднем формировании комплекса оживления, с опозданием проявляются эмоциональные реакции на различные внешние стимулы (на звуки, знакомые предметы, голос и вид матери и других взрослых). Дети отличаются снижением интереса к окружающему миру, у них не наблюдается удивление при появлении нового интересного предмета, они не стремятся наблюдать за предметами, прослеживать их передвижение в пространстве. С большим опозданием появляется реакция на слово, то есть ребенок не может связать название предмета и сам предмет, что в норме появляется у ребенка уже в 7 месяцев. Это свидетельствует об отставании в развитии именно познавательной сферы. Выраженная задержка отмечается также и в развитии речи, дети не только поздно начинают понимать обращенную речь, но также и поздно начинают говорить сами.

Развитие моторики происходит также с большим отставанием. У детей поздно формируются все основные движения: от удержания головы, ползания, сидения до самостоятельной ходьбы. Походка у них долго остается неустойчивой, она плохо координирована, отмечаются лишние движения. Дети могут так и не освоить или осваивают с большим трудом усложненные виды ходьбы, например, ходьбу с препятствиями, ходьбу по лестнице, ходьбу спиной вперед и т.п. Дети испытывают трудности и при попытке прыгать и бегать.

Хватание и действия с предметами также появляются с большим опозданием. Движения рук плохо скоординированы между собой. Действия с предметами долго остаются на уровне манипуляций, так как ребенок с трудом усваивает действия с предметами по назначению, то есть предметные действия. Это можно объяснить также и тем, что ребенок с большим трудом подражает взрослому, обучается любым новым для него действиям. В возрасте 2–3 лет наиболее очевидно выраженное отставание в развитии навыков самообслуживания, то есть ребенок не овладевает умениями самостоятельно умываться, принимать пищу, одеваться.

***Психическое развитие ребенка с олигофренией в дошкольном возрасте.*** Дети с интеллектуальной недостаточностью в дошкольном возрасте отличаются сниженным интересом к ближайшему предметно-игровому окружению. Дети могут взять игрушку, которая попала в их поле зрения, но тут же ее бросить, так как их действия импульсивны, а интерес к предмету не выражен. Если нормально развивающиеся дошкольники разламывают игрушки, удовлетворяя свой интерес к их строению, то дети с интеллектуальной недостаточностью делают это импульсивно, не интересуясь предметом. Дети редко задают вопросы «Что такое?», «Почему?» из-за сниженной познавательной активности.

Игровые действия могут наблюдаться у детей, однако, скорее это манипуляции с игрушками, не всегда имеющие смысл. Например, мальчик много раз катает машинку из одного угла комнаты в другой, издавая при этом звуки, изображающие шум мотора. Девочка держит куклу на руках и тычет ей ложкой в лицо, не заботясь о том, чтобы ложка попала в область рта. Кратковременно дети могут объединять игровые действия в цепочки, но это не характерно для дошкольников с интеллектуальной недостаточностью.

۞ ***Иллюстрация***

В.В. Лебединский [4] провел сравнительное изучение игровой деятельности у обычных детей и детей, страдающих олигофренией. Игра у них длительное время задерживается на стадии простого манипулирования, элементарных стереотипов, в игре дети только подражают тому, что видят, в ней отчетливо видно отсутствие инициативы и творчества. У детей с олигофренией даже в возрасте 6 лет относительно сложные предметные игровые действия встречаются очень редко. Лишь к возрасту 7–8 лет уровень развития предметных игровых действий приближается к уровню игры детей 3–4 лет. Усложнение игровых действий происходит только к 7–8 годам, когда в норме дети уже должны переходить к учебной деятельности.

Игровые действия появляются значительно позже, уже в дошкольном возрасте или за его пределами, так как для развития игры необходимо символическое мышление, то есть умение использовать один предмет вместо другого и действовать в воображаемой ситуации. Все эти качества у детей развиты слабо, так как они являются одной из сторон целостной познавательной деятельности. К концу дошкольного возраста у детей появляются элементы сюжетно-ролевой игры, которые возникают только под руководством взрослого. Так, дети могут вместе со взрослым обыгрывать ситуацию хождения в гости, выполняя роли хозяев и гостей, сервируют стол, угощают гостей чаем и печеньем. Однако по собственной инициативе такие игры детьми не организуются.

В дошкольном возрасте отмечается позднее развитие речи, позднее овладение навыками самообслуживания и самостоятельности. Речь, как правило, аграмматичная, словарный запас крайне ограничен.

Изобразительная деятельность у детей с интеллектуальной недостаточностью без специального обучения не возникает и не развивается. Она долго остается на уровне каракулей, лишь к концу данного периода у детей появляются предметные рисунки, выполненные весьма несовершенно, с грубыми ошибками и неточностями. Дети рисуют людей-головоногов, птиц, которые имеют по 4 лапки, «прозрачные» дома. Линии у них неровные, нечеткие. Однако детям очень нравится рисование, и они очень эмоционально относятся к результатам своего труда. По данным В.С. Мухиной [12] для рисования детей с интеллектуальной недостаточностью в дошкольном возрасте характерно отсутствие активного черкания в доизобразительный период, резкое запаздывание в появлении соотнесения рисунка и предмета, копирование отдельных линий образца без их объединения в целостное изображение. Типичным является факт неузнавания детьми собственных рисунков, неумение их «читать», то есть описывать, что на них изображено. Это можно объяснить тем, что дети не соотносят, не устанавливают связи между реальным предметом и его графическим изображением.

***В младшем школьном возрасте*** дети начинают обучение по программе вспомогательной школы. Но для них характерно практически полное отсутствие интересов к учению, особенно познавательных интересов, дети пассивно относятся к учебным занятиям, особенно к тем, которые требуют умственного напряжения. Интересы детей в этом возрасте могут быть связаны с занимательностью учебного материала, с яркостью его подачи. Наибольший интерес у детей вызывает трудовая деятельность, они с интересом берутся за выполнение трудовых операций, даже не понимая до конца их смысла.

В структуре психического недоразвития на первый план выступает недоразвитие абстрактного мышления. Дети способны лишь к суждениям конкретно-ситуативного характера, слабостью или невозможностью обобщать предметы и явления, они испытывают трудности при выделении существенных признаков предметов и явлений. Недостаточность логического мышления особенно отчетливо проявляется при овладении счетными операциями – дети даже с легкой умственной отсталостью с большим трудом научаются считать и производить простые счетные операции.

В начальных классах вспомогательной школы дети могут овладеть рисованием. Систематические занятия по специальной программе приводят к тому, что дети осваивают способы и приемы грамотного изображения предметов по представлению и с натуры, могут овладеть техникой для грамотного изображения натуры.

***В*** ***подростковом возрасте*** у детей с интеллектуальной недостаточностью появляются другие интересы, которые не связаны с учебными занятиями. Появляются интересы к новым видам деятельности, таким как вязание, шитье, выпиливание, работа с бисером и соломкой. Значимым становится общение со сверстниками, появляются друзья. Но кроме интеллектуальной недостаточности на первый план выступает незрелость личности, которая проявляется в неспособности самостоятельно решать житейские ситуации, в некритичности поведения, в неадекватных притязаниях.

**4.2.5 Классификации умственной отсталости**

Классификации умственной отсталости различаются в зависимости от того, по какому критерию проводится разделение детей на группы. Наиболее известная *классификация строится на основе критерия выраженности нарушения, степени умственной отсталости.* По этому критерию в9-м пересмотре Международной класси­фикации болезней (МКБ-9) выделялись следующие 3 вида умственной отсталости в порядке уменьшения степени умственного отставания: идиотия, имбецильность, дебильность. Еще Э. Крепелин, один из основоположников учения о слабоумии, считал, что слабоумие – это не просто отставание от норм развития, а своеобразное, патологическое развитие. Критерием той или иной степени недоразвития он считал меру соответствия патологического развития нормальному. Он полагал, что при идиотии патологическое развитие взрослого человека соответствует состоянию нормального ребенка в возрасте от 1 до 6 лет, при имбецильности – возрасту от 6 до 14 лет, при дебильности – возрасту от 14 до 18 лет.

Классификация МКБ-9 в настоящее время уже не используется. Однако представленные в ней характеристики детей с умственной отсталостью разной степени тяжести в основном сохранились.

В 10-м пересмотре этой классификации (МКБ-10) выделяется уже 4 вида (степени) олигофрении, и имеют они другие названия: глубокая умственная отсталость, тяжелая умственная отсталость, умеренная умственная отсталость, легкая умственная отсталость. На основе психометрических исследований, направленных на измерение коэффициента интеллекта, умственную отсталость подразделяют на 4 вида (степени) в соответствии с показателями коэффициента интеллекта (IQ).

Таблица 4.1 – Виды умственной отсталости в соответствиями с показателями коэффициента интеллекта

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид (степень) умственной отсталости** | **Значения коэффициента интеллекта (IQ)** |
| Легкая умственная отсталость | 40-69 |
| Умеренная умственная отсталость | 35-49 |
| Тяжелая умственная отсталость | 20-34 |
| Глубокая умственная отсталость | ниже 20 |

Психометрические исследования сыграли важную роль для классификации умственной отсталости, однако, они имеют существенные ограничения. Опираясь только на психометрический подход, невозможно описать структуру нарушения у детей и разработать индивидуальную программу работы с ними. Психометрический подход дает только количественные показатели снижения интеллекта, но не обеспечивает качественного описания особенностей развития детей.

В противовес взглядам о том, что умственная отсталость предполагает обязательное снижение интеллекта, существует другой подход, представленный Г. Гарднером [24]. При рассмотрении мыслительных способностей человека Г. Гарднер отказывается от понятия коэффициента интеллекта и предлагает многофакторную теорию интеллекта. Эта теория основывается на наблюдениях ученого за детьми с интеллектуальной недостаточностью и с аутизмом, у которых наблюдаются частично сохранные способности. По его мнению, у человека существует несколько автономных видов интеллекта (он описывает, по крайней мере, семь видов интеллекта), среди них: лингвистический, музыкальный, логико-математический, пространственный, телесно-кинестетический, внутриличностный (знание о себе) и межличностный (знания о других). Если придерживаться теории Гарднера, то у умственно отсталых людей можно обнаружить необычные музыкальные, художественные или телесные способности, то есть признать у них в некотором смысле даже одаренность. Однако описанные в литературе особые способности страдающих интеллектуальной недостаточностью представляют собой скорее исключение. При этом следует обратить внимание, что при изолированных способностях речь идет скорее о таких, которые приобретены путем механического научения. Речевые способности при соответствующей стимуляции могут также достигать удивительно хорошей выразительности, включая правильное употребление детьми иностранных слов. Но лица, страдающие интеллектуальной недостаточностью, все-таки не обладают возможностями абстрактно-логического мышления.

**۞ *Иллюстрация***

Как отмечает В.С. Мухина, дети с интеллектуальной недостаточностью редко обнаруживают специальные способности. Она приводит в своей книге описание уникальных способностей к рисованию Нади 6-ти лет, которая была помещена в клинику для умственно отсталых детей. У девочки отмечался глубокий дефицит языка как в понимании, так и в его применении, она не употребляла символов в ролевой игре, отмечалось слабое моторное развитие. На фоне общей тяжелой отсталости Надя на четвертом году жизни начала внезапно делать интересные рисунки. Источником рисования была натура и картинки в детских книжках. Девочка рассматривала картинки по нескольку недель, однако, ее собственные рисунки отличались от оригинала. Все были поражены рисунками Нади и не верили, что такое возможно. Однако этот случай является уникальным, как и другие, единичные случаи, когда дети с интеллектуальной недостаточностью обнаруживают особые способности. И если в норме эти способности приводят к созданию новых художественных образов, к открытиям в сфере познания, то «у умственно отсталых если и обнаруживаются какие-то возможности, то они находятся на уровне заимствованных стереотипов» [12, с. 155].

Как уже отмечалось, согласно подходу, принятому среди американских ученых, необходимым условием отнесения человека к людям с интеллектуальной недостаточностью является дефицит социальной адаптации, так как только на основании результатов интеллектуальных тестов не может быть поставлен диагноз умственной отсталости. Под социальной адаптацией понимается объем, в котором индивидуум соответствует возрастным нормам личной независимости и социальной ответственности в рамках своего социального круга. В разном возрасте под социальной адаптацией понимаются разные навыки [2].

В раннем и дошкольном возрастах:

1. Сенсомоторные навыки.
2. Коммуникативные навыки, включая говорение и речь.
3. Навыки ухода за собой.
4. Социальное поведение (взаимодействие с другими).

В школьном и раннем юношеском возрасте:

1. Владение основными культурными навыками в повседневности.
2. Использование адекватных понятий и суждений в отношениях с окружающим миром.
3. Социальные навыки (участие в групповых действиях и межличностных отношениях).

В старшем юношеском возрасте и для взрослых:

1. Профессиональная и социальная ответственность и достижения.

Как отмечалось выше, американская ассоциация изучения умственной отсталости предлагает рассматривать понятие *адаптивного поведения и адаптивных навыков*, которые считаются очень важным при диагностике умственной отсталости. Было выделено 4 основных уровня адаптации, которые варьировали от легкой степени дезадаптации до полного ее отсутствия. В таблице классификация умственной отсталости дается на основании показателей социальной адаптации.

Таблица 4.2 – Уровни адаптивного поведения при умственной отсталости

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Степень умственной отсталости** | **Дошкольный период (0–5 лет): развитие и созревание** | **Школьный период**  **(6 лет–21 год): воспитание и образование** | **Взрослые**  **(старше 21 года): социальная и профессиональная достаточность** |
| 1 уровень | Грубое отставание в развитии; минимальная способность функционирования в сенсомоторной области; нуждается в домашнем уходе | Ограниченное моторное развитие; невозможность овладения навыками самообслуживания; нуждается в полном уходе | Ограниченное моторное и речевое развитие; полностью неспособен к самообслуживанию; нуждается в уходе и контроле |
| 2 уровень | Слабое моторное развитие; минимальное развитие речи, общая неспособность овладения навыками самообслуживания; навыки коммуникации незначительные или отсутствуют | Способность к овладению речью/навыками коммуникации.  Способность к овладению элементарными навыками самообслуживания.  Неспособность к овладению учебными навыками.  Способность к овладению и закреплению навыков самообслуживания (тренируемый). | Частичная возможность самообслуживания при полном наблюдении.  Возможность формирования навыка самозащиты в полностью контролируемом окружении |
| 3 уровень | Способность к овладению речью/навыками коммуникации.  Слабая социальная осведомленность.  Способность к овладению навыками самообслуживания.  Достаточное моторное развитие.  Значительно нуждается в помощи. | Способность к овладению школьными навыками в объеме 4 класса в позднем отрочестве при условии предоставления специального обучения | Способен к самостоятельности в приобретенных профессиях, не требующих высокой квалификации; нуждается в контроле и помощи в условиях незначительных стрессовых ситуаций социально-экономического плана |
| 4 уровень | Возможность развития социальных, коммуникативных навыков.  Минимальные отклонения в сенсомоторной сфере.  Трудности отграничения от нормы на ранних этапах развития. | Способность к овладению учебными навыками в объеме 4 класса начальной школы.  Невозможность овладения учебными предметами, которые изучаются в старших классах.  Требуется специальное обучение, особенно в средней школе (обучаемый). | Способность к социально-профессиональной адаптации при соответствующем обучении.  Время от времени нуждается в руководстве и наблюдении в условиях сложных стрессовых ситуаций. |

Итак, разделение детей с интеллектуальной недостаточностью по уровню снижения интеллекта и уровню социальной адаптации получило широкое распространение. Эти классификации имеют большое практическое значение, так как на их основе происходит отбор и дифференциация детей для обучения по программе вспомогательной школе. Ниже даны характеристики детей с разной степенью интеллектуальной недостаточности в соответствии с МКБ-10.

*Глубокая умственная отсталость* – представляет собой наиболее тяжелую степень олигофрении, при которой имеется грубое нарушение всех функций, в том числе сенсорных и перцептивных. Мышление практически отсутствует, речь может представлять собой набор нечленораздельных звуков либо звукокомплексов. В обращенной речи ребенок способен уловить интонацию, но не общий смысл. С детьми возможны лишь самые простые формы невербальной коммуникации. Элементарные эмоции связаны с физиологическими потребностями и выражают собственное состояние ребенка, свидетельствуют о его комфорте или дискомфорте. Формы выражения эмоций примитивны, они выражаются в крике, гримасах, двигательном возбуждении. В случае более легких нарушений возможна привязанность к ухаживающим людям, общая ориентировка в пространстве (узнают, где их дом, квартира, где принимают пищу, куда ходят на прогулку и т.п.). Навыки самообслуживания фактически не формируются. Поведение направлено на удовлетворение элементарных физиологических потребностей или ограничивается реагированием на внешние стимулы. Прогноз развития таких детей неблагоприятный. Они могут воспитываться в семье, но могут быть определены в интернатные учреждения Министерства труда и социальной защиты, где специальное обучение не организуется, а осуществляется только присмотр.

*Тяжелая умственная отсталость* и тяжелая степень *умеренной умственной отсталости* характеризуется меньшей выраженностью интеллектуальной недостаточности. У детей имеется ограниченная способность к накоплению некоторого запаса представлений, сведений, возможность выделения простейших признаков предметов и ситуаций. Доступно понимание и произнесение простых слов и элементарных фраз. Формируются простейшие навыки самообслуживания. В эмоциональной сфере обнаруживается переживание обиды, насмешек, общее понимание своих ограничений. В более легких случаях дети могут обучиться элементам чтения, письма, счета, но на это требуется много времени и большое число повторений, однако они не могут или могут очень ограниченно использовать приобретенные навыки. Детям доступен также простой физический труд. Они способны к внешней подражательности движениям и действиям другого человека, поэтому могут освоить действия в быту и по самообслуживанию (подметать пол, мыть посуду). Благодаря подражанию дети также могут освоить элементы рисования, но их рисунки схематичные, они сделаны по подражанию, они рисуют упрощенные схемы реальных предметов. Дети направляются на обучение во вспомогательную школу (II отделение), где обучаются по специальной программе. Дети с тяжелой и умеренной интеллектуальной недостаточностью могут также обучаться в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР). Люди с тяжелой и умеренной умственной отсталостью нуждаются в присмотре на протяжении всей жизни. В зрелом возрасте некоторые из них способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора.

*Легкие степени умеренной умственной отсталости, легкая умственная отсталость –* наиболее легкая по степени и наиболее распространенная форма интеллектуальной недостаточности. Дети способны ориентироваться в простых практических ситуациях, они овладевают навыками самообслуживания. Мышление у них имеет конкретно-образный характер, доступна фразовая речь, иногда неплохая механическая память. Дети направляются на обучение во вспомогательные школы по программам I отделения. В пределах определенной им программы обучения они овладевают навыками чтения, письма, счета, знаниями об окружающем, с ними проводится профориентация. Эти дети могут также обучаться в классах интегрированного обучения и воспитания. В дальнейшем они могут стать социально адаптированными, а также найти работу в соответствии со своими возможностями. Они работают малярами, переплетчиками, слесарями-ремонтниками низких разрядов, сапожниками, швеями, уборщицами, подсобными рабочими, сельскохозяйственными рабочими. Как правило, дети трудолюбивы, но малоинициативны, они нуждаются в присмотре и помощи других работников.

**4.2.6 Структура нарушения при психическом недоразвитии. Психологические основы комплексной помощи детям при психическом недоразвитии**

При психическом недоразвитии *первичным нарушением является* недостаточная активность (инактивность), в том числе познавательная активность, слабость ориентировочной реакции, снижение способности установления связей между предметами и явлениями. *Вторичное нарушение* проявляется в виде недоразвития всех *высших психических функций* (речи, мышления, памяти), обусловленного затрудениями в усвоении социального опыта. Недоразвитие мышления проявляется в конкретности мышления, недостаточной способности к обобщению и пониманию причинно-следственных отношений. Недоразвитие мышления препятствует развитию более простых психических процессов, что, в свою очередь, негативно влияет на дальнейшее развитие самого мышления. Недоразвитие низших звеньев психических функций оказывает тормозящее влияние на развитие функций высшего уровня. Таким образом, соотношение первичного и вторичного нарушений при психическом недоразвитии имеет кольцевой характер: сочетаются патологические влияния «сверху вниз» и «снизу вверх».

В тесной связи с анализом первичных и вторичных нарушений при умственной отсталости Л.С. Выготский рассматривал обоснование психолого-педагогической помощи детям. Он настаивал на том, что воздействие должно быть направлено не на низшие, а на высшие психические функции, ибо именно они являются являются «более воспитуемыми». Он писал: «Чем дальше отстоит стимптом от первопричины, тем он более поддается воспитательному и лечебному воздействию. Получается на первый взгляд парадоксальное положение: недоразвитие высших психологических функций и высших характерологических образований, являющееся вторичным осложнением при олигофрении и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, более устранимым, чем недоразвитие низших, или элементарных процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом. То, что возникло в процессе развития ребенка как вторичное образование, принципиально говоря, может быть профилактически предупреждено или лечебно-педагогически устранено» [2, с. 291] .

Именно поэтому для прогноза развития детей с интеллектуальной недостаточностью большое значение имеет обучение и воспитание детей в специальных дошкольных учреждениях и школах, их социально-бытовая ориентация и трудовая подготовка, а также психолого-педагогическая коррекция. Дети должны получить объем знаний, умений и навыков в соответствии с их возможностями, а также научиться навыкам самообслуживания, бытовой и трудовой деятельности. В работе с детьми с тяжелыми формами интллектуальной недостаточностью главной задачей является их социальная адаптация.

### 4.3 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания

1. Как соотносятся между собой понятия «умственная отсталость», «интеллектуальная недостаточность» и «олигофрения»?
2. На основании каких признаков диагностируется интеллектуальная недостаточность?
3. Какое значение для определения умственной отсталости имеет понятие адаптивных навыков? Какие группы адаптивных навыков Вы знаете?
4. Что является основным, ядерным признаком олигофрении?
5. Объясните значение слова «олигофрения», основываясь на происхождении этого слова из двух корней: «oligo-» – малый, немногочисленный и «phren (греч.)» – ум.
6. Объясните действие закона тотальности недоразвития (приведите примеры).
7. Объясните действие закона иерархичности недоразвития (приведите примеры).
8. Изобразите с помощью графических или других символов соотношение между понятиями «развитие нормально развивающегося ребенка» и «развитие ребенка с олигофренией».
9. По каким признакам у детей в период младенчества можно определить, что в дальнейшем ему может быть выставлен диагноз «олигофрения»?
10. На основании каких критериев осуществляется отбор и дифференциация детей для обучения по программе вспомогательной школы?
11. Какие существуют классификации детей с олигофренией?
12. Что такое психометрический подход, какое применение он нашел при изучении умственной отсталости? Каковы, на Ваш взгляд, возможности и ограничения данного подхода?
13. Как Вы понимаете, что такое «кольцевой характер соотношения первичного и вторичного дефекта при олигофрении»?
14. Какие направления коррекционной работы с ребенком можно выделить? Обоснуйте эти направления с помощью понятия «структура нарушения при психическом недоразвитии».

***Практическое задание № 1.*** Заполните таблицу

Таблица 4.3 – Психологическая характеристика детей с интеллектуальной недостаточностью разной степени тяжести

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Степень тяжести** | **Поведение** | **Навыки самообслу-живания, поведение в быту** | **Развитие психических процессов** | **Возможности специального обучения** | **Возможности профориен-тации** |
|  |  |  |  |  |  |

### 4.4 Библиография по теме «Психическое недоразвитие: дети с интеллектуальной недостаточностью»

1. Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова. М.С. Певзнер. – М. : Просвещение, 1973. – 175 с.
2. Выготский, Л.С. Собрание сочинений в 6-ти т. / Л.С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5 : Основы дефектологии / под ред. Т.А. Власовой. – 368 с.
3. Катаева, А.А. Дошкольная олигофренопедагогика: учебник для пединститутов / А.А. Катаева, Е.А. Стребелева. – М. : Педагогика, 1988. – 141 с.
4. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей: учеб. пособие / В.В. Лебединский. – М. : Изд-во МГУ, 1985. – 162 с.
5. Максимова, Н.Ю. Курс лекций по детской патопсихологии: учеб. пособие / Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютина. – Ростов н/Д : Феникс, 2000. – 576 с.
6. Маллер, А.Р. Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениям интеллекта / А.Р. Малер, Г.В. Цикото. – М. : Педагогика, 1988. – 128 с.
7. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 220 с.
8. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.
9. Мастюкова, Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст) / Е.М. Мастюкова. – М. : Владос, 1997. – 304 с.
10. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 / Всемирная организация здравоохранения ; пер. на русск. язык О.Ю. Донец; н. ред. и предисл. А.Н. Моховикова ; вступ. статья А.А. Северного. – М. : Смысл; СПб. : Речь, 2003. – 407 с.
11. Моргачева, Е.Н. Определение умственной отсталости психолого-педагогическими методами в США / Е.Н. Моргачева // Дефектология. – 1999. – № 6. – С. 45–53.
12. Мухина, В.С. Изобразительная деятельность как форма усвоения социального опыта / В.С. Мухина. – М. : Педагогика, 1981. – 240 с.
13. Певзнер, М.С. Динамика развития детей-олигофренов / М.С. Певзнер, В.И. Лубовский. – М. : Изд-во Академии наук РСФСР, 1963. – 223 с.
14. Раттер, М. Помощь трудным детям / М. Раттер; пер. с англ. О.В. Баженовой, Г.Г. Гаузе; общ. ред. А.С. Спиваковской. – М. : Прогресс, 1987. – 420 с.
15. Рубинштейн, С.Я. Психология умственно отсталого школьника: учеб. пособие для пед. институтов по спец. № 2111 « Дефектология» / С.Я. Рубинштейн. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Просвещение, 1986. – 190 с.
16. Семаго, М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / М. . Семаго, Н.Я. Семаго. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : АРКТИ, 2001. – 208 с.
17. Слепович, Е.С. Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью: метод. рекомендации / Е.С. Слепович, А. М. Поляков. – Минск : Детский фонд ООН, 2005. – 96 с.
18. Специальная дошкольная педагогика: учеб. пособие для вузов / Е.А. Стребелева [и др.]; под ред. Е. А. Стребелевой. – М. : Изд. центр «Академия», 2002. – 312 с.
19. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. В.И. Лубовского. – М. : Изд. центр «Академия», 2005. – 464 с.
20. Специальная психология : учеб. пособие / Е.С. Слепович и др; под ред. Е.С. Слепович, А.М. Полякова. – Минск : Выш. школа, 2012. – 511 с.
21. Сухарева, Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. – М. : Медицина, 1974. – 320 с.
22. Фишман, М.Н. Интегративная деятельность мозга детей в норме и патологии: Электрофизиологическое исследование / М.Н. Фишман. – М. : Педагогика, 1989. – 144 с.
23. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для вузов / Л.М. Шипицина, И.И. Мамайчук. – М. : Владос, 2004. – 368 с.
24. Шпек, О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание / О. Шпек ; пер. с нем. А.П. Голубева; науч. ред. русск. текста Н.М. Назарова. – М.: Изд. центр «Академия», 2003. – 432 с.

# 

# Глава 5 Дети с синдромом Дауна

***Основные понятия.*** *Наследственные заболевания, хромосомные нарушения, трисомия, болезнь Дауна, синдром Дауна (Даун-синдром), транслокация, мозаицизм.*

**Содержание**

5.1 Клиническая характеристика синдрома Дауна.

5.2 Особенности психического развития детей с синдромом Дауна.

5.3 Психологические основы комплексной помощи детям с синдромом Дауна.

5.4 Вопросы для размышления, проверки, самоконтроля; практические задания.

5.5 Библиография по теме «Дети с синдромом Дауна».

### 5.1 Клиническая характеристика синдрома Дауна

Дети с синдромом Дауна занимают особое место среди других детей с отклонениями в развитии. Во-первых, название «болезнь Дауна» стало своего рода нарицательным именем для многих других людей с интеллектуальной недостаточностью. Сегодня, как и раньше, широко распространены мифы и предрассудки по отношению к людям с болезнью Дауна. Предвзятое отношение к этим людям может быть объяснено, во-первых, характерными особенностями их внешности, во-вторых, их ограниченными возможностями. Монголоидные черты лица, столь ярко бросающиеся в глаза, послужили также основанием для утверждений о расовой дегенерации, или атавизме, применительно к этим людям.

Эти люди имеют характерный внешний вид: широкое лицо с «монголоидным» разрезом глаз, добавочное третье веко, широкий и короткий нос, выступающая нижняя челюсть, короткие конечности и пальцы, уменьшенные ушные раковины с приросшими мочками. Язык у них обычно большой, изрезан бороздами, на ладони имеется выраженная поперечная складка.

В учебных пособиях по специальной психологии таких детей не выделяют в отдельную категорию, а упоминают их в тех разделах, где описываются дети с интеллектуальной недостаточностью. Однако многие специалисты, работающие с детьми с болезнью Дауна, отмечают, что они отличаются от других детей с интеллектуальной недостаточностью. Именно поэтому материалы о развитии детей с синдромом Дауна мы помещаем в отдельную главу.

В последнее время появилось данные о том, что дети с болезнью Дауна обладают довольно высокими способностями к обучению, и при целенаправленной работе с ними часто достигают хороших результатов. Широко известен работающий в Москве «Театр Простодушных», актерами в котором являются только люди с синдромом Дауна, выступления этого театра пользуются большим успехом. Люди с синдромом Дауна создают творческие работы, пишут стихи, рисуют картины (<http://sunchildren.narod.ru/talents.html>), пишут собственные книги (см. книгу Ольги Чобур [13]). На основании обобщения данных множества исследований, в которых анализировались умственные способности детей с болезнью Дауна, были сделаны следующие выводы: «… шансы ребенка с болезнью Дауна иметь IQ выше 50 составляют 30–55%. … Развитие детей с болезнью Дауна может варьировать в широких пределах; пределы обучаемости детей с болезнью Дауна достоверно неизвестны» [9, с. 24].

Благодаря широкой распространенности (1 случай на 700 родившихся, то есть в среднем каждый семисотый ребенок рождается с болезнью Дауна [1]) и легкости диагностики как по внешним признакам, так и с помощью медико-генетических методов, эта патология широко известна специалистам. Заболевание впервые было описано и выделено в самостоятельную нозологическую форму английским педиатром Джоном Лангдоном Дауном в 1866 году. Хотя это наследственное заболевание впервые было описано более 140 лет назад, его *этиология* стала известна только полвека тому назад, но гипотеза о наследственной природе болезни высказывалась еще самим Дауном. Только в 1959 году появились сообщения о том, что в хромосомном наборе детей с болезнью Дауна содержится одна лишняя хромосома. Ею оказалась третья хромосома в 21-й паре, поэтому болезнь Дауна стали называть «трисомией по 21-й хромосоме».

Болезнь Дауна широко распространена среди всех известных на сегодняшний день хромосомных форм олигофрении, что обусловлено относительно низким уровнем внутриутробной гибели плодов с дополнительной 21-й хромосомой и довольно высокой жизнеспособностью этих людей по сравнению с людьми, имеющими другие формы хромосомных аномалий. При других хромосомных синдромах показатели гибели плода и ранней гибели организмов после рождения очень высоки. Это объясняется тем, что 21-я хромосома – самая маленькая хромосома в кариотипе человека, которая несет относительно небольшое количество генетического материала.

При объяснении причин и условий появления лишней 21-й хромосомы в кариотипе детей с болезнью Дауна обсуждаются причины нерасхождения 21-й хромосомы при делении половых клеток родителей. Оказалось, что на этот процесс влияют взаимодействие хромосом и определенные гены. В пользу действия определенных генов на нерасхождение хромосом свидетельствуют случаи повторного рождения в некоторых семьях детей с болезнью Дауна. Об этом также свидетельствует более высокая частота кровнородственных браков между родителями детей с болезнью Дауна по сравнению с родителями детей, не имеющих трисомии-21.

Определенную роль в процессе нерасхождения хромосом играет и возраст родителей ребенка, особенно возраст женщины. Частота рождения детей с синдромом Дауна зависит от возраста матери. В возрасте старше 30 лет вероятность рождения у женщины ребенка с болезнью Дауна возрастает более чем в 3 раза, а после 40 лет – в 60 раз [1]. В отношении возраста отца данные исследований не столь однозначны и носят противоречивый характер.

Диагностика болезни и синдрома Дауна в настоящее время не представляет серьезных трудностей. Во-первых, она проводится по внешним признакам, которые настолько типичны, что иногда всех детей с синдромом Дауна считают родными братьями и сестрами. Во-вторых, современные цитогенетические методы позволяют изучать кариотип, то есть набор хромосом у детей. В результате анализов и обнаруживается лишняя 21-я хромосома в кариотипе у детей.

Профилактика рождения детей с синдромом Дауна – это один из доступных способов справиться с данной проблемой. Современная медицина не может предложить способов лечения детей с наследственными заболеваниями: при болезни Дауна необходимо было бы «вылечить» каждую клетку организма ребенка (ведь лишняя 21-я хромосома есть в каждой клетке). Поэтому профилактика является доступным методом, направленным на то, чтобы не допустить рождения таких детей. Для анализа отбирают околоплодные воды, в которых имеются клетки плода, и подвергают эти клетки анализу на кариотип (состав хромосом). При наличии третьей 21-й хромосомы женщине предлагают прервать беременность.

Однако профилактика в таком виде имеет серьезные препятствия и невысокую вероятность достижения результата. Во-первых, возникает самый главный вопрос: кто должен подвергаться обследованию? Нельзя обследовать всех беременных женщин по экономическим соображениям и соображениям безопасности (такой анализ иногда проходит с осложнениями). Поэтому отбирается группа риска из беременных женщин. К ним относят женщин в возрасте старше 35 лет, женщин, уже имеющих детей с отклонениями, а также женщин с привычными выкидышами (считается, что материнский организм сам избавляется от плода, если тот является генетически ущербным). Женщин этой группы подвергают предварительным скрининговым процедурам, отбирают тех, у кого есть подозрения на болезнь Дауна у плода, а затем проводят анализ околоплодной жидкости. Однако при таком подходе также есть вероятность, что не все женщины попадут в поле зрения специалистов.

Во-вторых, не все женщины готовы пойти на искусственное прерывание беременности, даже если они узнают, что беременны плодом, у которого после рождения будет синдром Дауна. Некоторые из них могут не поверить результатам анализа, другие не совсем понимают, что такое болезнь, или синдром Дауна, а третьи это не делают по этическим или религиозным соображениям. Религия запрещает аборт, так как это считается детоубийством, то есть большим грехом. В любом случае родителям придется принимать ответственное и сложное решение о том, сохранять ли беременность или избавиться от плода, зная, что родится ребенок с синдромом Дауна.

Поэтому даже если профилактика будет налажена в наиболее полном возможном объеме, вероятность рождения детей с синдромом Дауна все равно остается. И специалисты должны быть готовы к тому, что им придется работать с детьми с синдромом Дауна.

Дети с синдромом Дауна рождаются в разных странах, у людей разных национальностей, независимо от социаль­ного положения, уровня образования, образа жизни. Это случайность, которая может произойти с каждым. Еще в начале XX века дети, родившиеся с синдромом Дауна, редко доживали до взрослого возраста. Причина­ми этого часто было наличие врожденных пороков сердца и других внутренних органов, сниженный иммунитет и другие проблемы медицинского характера. В связи с раз­витием кардиологии, вакцинации и медицины в целом продолжительность жизни людей с синдромом Дауна значительно увеличилась. В настоящее время в западных стра­нах, например, в Англии, средняя продолжительность жиз­ни человека с синдромом Дауна составляет около 54 лет, это означает, что есть люди и более пожилого возраста. Многие из них живут самостоятельно, работают, создают собственные семьи.

*Формы синдрома Дауна.* Кроме истинного синдрома Дауна, при котором в кариотипе ребенка имеется третья 21-я хромосома, в последнее время описаны так называемые мозаичные формы синдрома Дауна. При мозаичных формах у детей внешние типичные признаки несколько сглажены, поэтому в некоторых случаях их замечают только специалисты и могут не замечают окружающие люди. Мозаичные формы *(мозаицизм)* возникают в результате транслокаций, то есть переноса отдельных участков 21-й хромосомы на другие хромосомы. Мозаицизм составляет 2% от общего количества детей с синдромом Дауна [1].

*Дети с синдромом Дауна представляют собой неоднородную группу по степени тяжести заболевания и по степени интеллектуальной недостаточности.* Несмотря на внешнюю схожесть, люди с синдромом Дауна отличаются друг от друга так же, как и люди без синдрома Дауна. Среди них наряду с детьми с тяжелой и глубокой умственной отсталостью есть дети с легкой умственной отсталостью. Считается, что если хорошо заботиться о здоровье и эмоциональном благополучии детей с синдромом Дауна, то большинство из них попадают в категорию легкой или умеренной умственной отсталости. Таким образом, в определении прогноза у детей с синдромом Дауна большую роль играет их правильно организованное обучение, реабилитация и социальная интеграция.

Примеры достаточно высокого уровня развития людей с синдромом Дауна приводятся как в популярной, так и в специальной литературе. Например, рассказывается об одном молодом человеке с синдромом Дауна написавшем книгу, в которой он сообщил о своих путешествиях и своем жизненном опыте. Он хотел также рассказать о своем интересе к поп-музыке, но не сделал этого, так как его отец сказал, что это может не понравиться людям. Его родителям уже при его рождении сообщили, что он будет неполноценным и не сможет обучаться. Но в характеристике отмечаются как достоинства, так и недостатки его психики: «Его наблюдательность замечательна, а память на конкретные события необычайна. Однако его мышление абсолютно конкретно. Его интересуют факты, а не вымысел. Он никогда не обобщает» [10, с. 25]. Описание этим молодым человеком своей тайной поездки в Лондон с целью посмотреть смену караула смотрите в разделе «Практические задания».

### 5.2 Особенности психического развития детей с синдромом Дауна

Хромосомные аномалии, как правило, оказывают влияние на рост и развитие ребенка. Синдром Дауна является хорошо изученным примером выраженного нарушения роста и развития, связанного с наличием лишней хромосомы. Рост индивида на протяжении всей жизни остается более низким, чем в норме, скорость роста варьирует в зависимости от возраста. Задержка формирования скелета особенно заметна в первые 6–8 лет жизни. В подростковом возрасте темпы роста и созревания скелета становятся более быстрыми и приближаются к норме.

Для этого синдрома характерна задержка формирования костной ткани, в том числе нарушение процессов роста и развития зубов. По сравнению с другими категориями детей с интеллектуальной недостаточностью у детей с синдромом Дауна достаточно часто наблюдаются аномалии строения зубов. У этих детей также имеются врожденные аномалии строения внутренних органов, в том числе врожденные пороки сердца. Со стороны анатомо-физиологических особенностей мозга у детей отмечается недоразвитие лобных долей и мозжечка, недостаточное развитие извилин мозговой коры, замедление темпа миелинизации нервных клеток.

Традиционно принято детей с синдромом Дауна относить к детям с интеллектуальной недостаточностью, поэтому для них характерно психическое недоразвитие, при котором действуют законы тотальности и иерархичности недоразвития (подробнее об этом см.в главе 4). Люди с синдромом Дауна в определенной степени демонстрируют интеллектуальную недостаточность, но разброс нарушений умственного развития достаточно велик: от нижней границы нормы до среднетяжелой степени умственной отсталости. Снижение уровня интеллектуального развития приня­то считать одной из главных особенностей людей с син­дромом Дауна. Как уже упоминалось, ранее данную категорию людей относили к группе глубоко умствен­но отсталых. Современные исследования подвергают критике более ранние выводы относительно уровня раз­вития интеллекта у людей с синдромом Дауна. Наши данные оценки уровня психического развития детей с помощью Мюнхенской функциональной диагностики развития [8] свидетельствуют, что среди детей с синдромом Дауна в возрасте до трех лет встречаются дети, развитие которых соответствует возрастным нормам по всем показателям, кроме развития активной речи. Другими словами, часть детей с синдромом Дауна в первые месяцы и даже годы не отстают в развитии и не отличаются значительно от своих сверстников. Это зависит от многих факторов, прежде всего от индивидуаль­ных особенностей ребенка, а также от того окружения, в котором он живет, от физической среды и от взаимодействия с окружающими взрослыми.

Дж. Карр [2] провела одно из немногих исследований, в котором с помощью лонгитюдной стратегии изучается развитие детей с синдромом Дауна: одни и те же дети наблюдались на протяжении четырех лет. Для сравнения изучались нормально развивающиеся дети того же возраста. В младенчестве в отношении *кормления* младенцы с синдромом Дауна отличались меньшей живостью и жаждой пищи, демонстрировали более слабые сосательные рефлексы и были более сонливыми, чем их здоровые сверстники из контрольной группы. Матери не кормили их по первому требова­нию всего лишь потому, что младенцы были слишком непритязательными, редко плакали и вели себя так, что в определенных случаях их приходилось будить. Более того, грудью кормили меньшее число младен­цев ввиду трудностей, связанных с приучением их к сосанию.

Кормление из бутылочки не только было правилом, но дети с синдромом Дауна также оставались дольше зависимыми от бутылочки из-за задержки у них моторного развития. В 12 месяцев они напоминали 8-месячных, не могли контролировать хватательные движения, необходимые для самостоятельного питания. Хотя 4-летние дошкольники с синдромом Дауна продолжали отставать от контрольной группы в самостоятельном питании, 2/3 их были способны съесть обычные семейные обеды, и для большинства матерей кормление переставало быть проблемой.

Развитие отношений *привязанности* у младенцев с синдромом Дауна было в целом таким же, как у здоровых младенцев. При этом контакт глаз у них устанавливался позже, социальная улыбка была менее частой и интенсивной, и хотя после первых двух месяцев жизни младенец издавал звуки даже чаще, чем дети контрольной группы, наблюдалась менее скоординированная очередность при вокализации и больше голосовых «столк­новений» между матерью и ребенком. Сложные модели поведения, составляющие привязанность (поиск близости, протест против разлуки, настороженное отношение к незнакомцам), организованы так же, как и у нормально развивающихся младенцев, и у них в большинстве случаев формировалась надежная привязанность. Однако имелись отличия в качестве определенных компонентов поведения: аффект был притуплён, латентность плача при разлуке была большей, а успокоить ребенка было труднее.

Период от 9 до 36 месяцев отличался собственными специфическими проблемами. При нормальном развитии ребенок и мать на этой стадии начинают участвовать в совместной деятельности, а их взаимодействие все чаще включает такие объекты, как игрушки и картинки. Ребенок с синдромом Дауна испытывает меньший интерес к исследованию объектов и большие трудности с поддержанием совместного внимания к объектам и взрослому, как правило, отстраняясь от игры.

*Приучение к опрятности.* Детей двух групп начинали приучать к опрятности в одном и том же возрасте. Однако к 4-летнему возрасту дети с синдромом Дауна значимо отставали во всех аспектах опрятности: они чаще мочились в постель, мочили и пачкали свои штанишки и были менее умелыми в самообслуживании.

Что касается *инициативы,* то начинающие ходить дети с синдромом Дауна реагировали на окружающую среду, но не демонстрировали ни той интенсивности усилий, ни того интереса к новизне, которые отличали их нормально развивающихся сверстников. Поэтому их описывают как легко идущих на контакт, обладающих слабой реакцией, позитивно настроенных и упорных. В целом дети с синдромом Дауна часто описываются как «пассивные».

В дошкольном возрасте, к возрасту четырех лет, между детьми с синдромом Дауна и контрольной группой не было различий с точки зрения видов и количества проблем, таких как вспышки гнева, агрессивность, дистресс и оппозиционное поведение, хотя дети с синдромом Дауна озорничали чаще (например, балуясь с выключателями света или пряча вещи в туалете).

Особенности развития детей с синдромом Дауна во многом зависят от того, в каких социальных условиях они воспитываются.

۞ ***Иллюстрация***

Н.Ю. Баранова пишет: «В свое время мы проводили исследование, направ­ленное на сравнение детей с синдромом Дауна, воспиты­вающихся в семьях и проживающих в домах ребенка. Нетрудно догадаться, что дети отличались, как день и ночь. Если домашние дети к двум годам хорошо ходили, самостоятельно ели, прекрасно общались со взрослыми, имели навыки сюжетной игры, то дети того же возраста в доме ребенка в лучшем случае могли самостоятельно сидеть, но не умели общаться, быстро уставали от взаи­модействия со взрослыми, навыки какой-либо игры от­сутствовали» [8, с. 137].

Для детей с синдромом Дауна характерна мышечная гипотония, то есть сниженный мышечный тонус в конечностях, а также тонус мышц губ и языка. Мышцы вялые, они лишены упругости. Это является одной из причин задержки развития двигательных функций, а также недоразвития речи. Для детей характерна неловкость движений, походки, повышенная гибкость (гипермобильность) суставов. У них обнаруживаются задержки в развитии основных локомоторных функций: удержание головы, сидение, прямостояние, с трудом формируется координация движений. Чем сложнее двигательная функция, тем значительнее сдвинуты сроки овладения ею детьми. Но большинство детей, в конце концов, овладевают многими из крупных локомоторных актов, хотя их действия не столь ловкие и точные. Они ходят, бегают, карабкаются, катаются на велосипеде, большинство умеют самостоятельно одеваться, пользоваться туалетом и самостоятельно есть, могут научиться выполнять несложную работу по дому. Так, возраст начала ходьбы у этих детей колеблется между 13 и 48 месяцами (у здоровых детей – от 9 до 17 месяцев). Однако более сложными двигательными навыками они овладевают с большим трудом. Кроме того, они медленнее реагируют на внешние стимулы, медленнее получают информацию о ситуации выполнения движения, целостное движение или действие они выполняют в течение большего промежутка времени.

Так как в состоянии мышечной гипотонии находятся мышцы губ и языка, а сам язык более толстый, с уплощенным кончиком, это придает специфику внешнему облику ребенка. Язык может выступать наружу, поэтому рот чаще открыт. Дети могут не контролировать положение языка, что придает им не совсем опрятный вид. Особое строение языка сказывается также и на возможностях активной речи детей.

۞ ***Иллюстрация***

«Это из-за моего языка, он обычно распухший. Мне трудно внятно говорить… Порой он не поворачивается, и я начинаю запинаться. Люди не понимают меня», – так объясняет свои затруднения подросток с синдромом Дауна [10, с. 193].

Большинство современных авторов в своих работах говорят о специфических языковых на­рушениях у людей с синдромом Дауна. Одной из основных трудностей у детей с синдромом Дауна является развитие вербальной речи. Большинство исследователей отмечают выраженную задержку в развитии у детей с синдромом Дауна активной речи, низкий объем активного словарного запаса по сравнению с пассивным словарным запасом. Разница между пассивным и активным словарем выражена у детей с синдромом Дауна более резко, чем у детей с другими формами интеллектуальной недостаточности.

Наиболее простое объяснение проблем в развитии вер­бальной речи заключается в соответствующем строении артикуляторного аппарата. При сниженном тонусе, готи­ческом нёбе и увеличенном языке сложно добиться внят­ной и четкой речи. Однако это не единственная причина, существует ряд других специфических особенностей. В частности, отмечаются сложности с восприятием речи. В данном случае не имеется в виду снижение слуха, хотя нарушения слуха также встречаются при данном синдроме. Часто дети с синдромом Дауна испы­тывают трудности с различением коротких, быстро изме­няющихся звуковых сигналов, к которым относится боль­шинство согласных звуков. Сo слов многих родителей, их дети хорошо понимают обращенную речь в контексте ежедневных ситуаций, но испытывают сложности при освоении экспрессивной речи.

Дети с синдромом Дауна лучше справляются с задачами, решение которых требует использования зрительных образов, чем слуховых. Так, например, при соответствующем обучении (ис­пользовании глобального чтения) дети с синдромом Дауна могут научиться читать раньше, чем говорить. Если раньше считалось, что при общем отставании в раз­витии понимание и экспрессивная речь развиваются с одинаковой скоростью, то последующие работы по­казывают, что для детей с синдромом Дауна характерен особый тип языковых нарушений. Даже при одинаковом уровне невербального умственного возраста, биологического возраста и состояния слуха у них наблю­дается другая скорость развития понимания речи и активной речи, а также скорость развития словаря и синтаксиса. То есть ребенок с синдромом Дауна того же возраста, что и обычный ребенок, с нормаль­ным слухом, одинаково хорошо справляется с невербальными задания­ми, но испытывает сложности с по­ниманием речи и имеет меньший словарный запас [10].

Однако установлено, что дети с синдромом Дауна легче овладевают речевой деятельностью, если сначала их учат читать, а потом – говорить. Обучение чтению может стать частью программы стимуляции речевого развития детей.

۞ ***Иллюстрация***

Программа вмешательства в развитие детей, разработана и апробирована Родесом и его коллегами. В этой программе занятия по интенсивному развитию речи проводились с группой детей с синдромом Дауна, которые постоянно находились в специальном учреждении. Глубоко умственно отсталые дети превратились за 2,5 года из неговорящих, объясняющихся только с помощью жестов и нечленораздельных звуков существ, в детей с относительно небольшим, но активно используемым и выразительным словарным запасом, способных усвоить некоторые базовые понятия, читающих простые книжки и получающих от этого удовольствие. 5 из 9 детей научились читать предложения, а отдельны слова умели читать все [10].

Каким образом можно объяснить эти данные? Оказалось, что *увиденные* слова удерживаются детьми лучше и дольше, чем *услышанные слова.* Поскольку значения и грамматика для обеих форм речи одни и те же, центральные речевые процессы могут быть освоены как при слуховой, так и при зрительной форме предъявления слов. У таких детей зрительные формы речи преобладают над слуховыми формами речи, что связано с особенностями их мозговой деятельности, (в частности, преобладание правополушарных форм обработки информации). Кроме того, у большого числа детей имеются сопутствующие нарушения слуха: тугоухость легкой или умеренной степени была обнаружена у 70 % детей [10] . То есть вероятность нарушений слуха при синдроме Дауна очень высока, и снижение слуха значительно осложняет восприятие речи на слух, поэтому такие дети говорить и читать часто начинают одновременно.

Выраженное недоразвитие речи у детей часто приводит к неверным суждениям относительно состояния их интеллекта, который зачастую недооценивается. При выполнении невербальных заданий дети показывают достаточно высокий уровень возможностей, например, при классификации предметов, выполнении счетных операций, однако словесно-логическое мышление у них все равно страдает достаточно сильно.

Дети с синдромом Дауна довольно эмоциональны, эмоции у них возникают легко, выражаются ярко и непосредственно, то есть они отличаются эмоциональной живостью. Некоторые авторы даже утверждают, что эмоциональная сфера у таких детей более сохранна по сравнению с интеллектуальной сферой. Большинство детей могут испытывать гнев, страх, радость, грусть. Дети часто проявляют дружелюбие, они приветливы и общительны, проявляют нежную привязанность, бывают ласковы с другими, уравновешены. Однако у них могут наблюдаться и вспышки гнева, они становятся недоброжелательными, если их что-то обижает, им что-то не нравится, причем по самому незначительному поводу. Детям присущи такие личностные особенности, как эгоцентризм, повышенная (даже чрезмерная) аккуратность, для них типичны эпилептоидные черты характера.

Детей с синдромом Дауна можно относить к группе детей с сложным нарушением (в соответствии с Кодексом об образовании: тяжелые и(или) множественные физические и(или) психические нарушения). По данным М.Г. Блюминой [10], изолированная интеллектуальная недостаточность наблюдается только у 18 % детей, у 42 % она сочетается с нарушениями слуха, у 12 % – с нарушениями зрения, у 28 % – с недостаточностью обеих сенсорных систем. Важно отметить, что сочетанные нарушения зрения и слуха дают выраженный «синергетический» эффект для углубления процессов недоразвития ребенка. Дети с потенциально сохранным интеллектом, но с мышечной гипотонией и не диагностированными вовремя нарушениями слуха и зрения, могут ошибочно восприниматься как дети с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. У детей также отмечается задержка развития речи и серьезные поведенческие проблемы, трудности в обучении. Но если ребенку вовремя подбирают очки и надевают слуховой аппарат, то он неожиданно быстро начинает продвигаться в развитии и обучении, особенно хорошо у него продвигается речь, а поведение становится более адекватным.

К сильным сторонам развития детей с синдромом Дауна относят неплохую механическую память, хорошие подражательные способности, музыкальную память, любопытство, интерес к окружающему.

۞ ***Иллюстрация***

В исследовании Леффлера и Смита проведена серия экспериментов с использованием шкалы Гезелла. Измерялся коэффициент развития (IQ) у 24 детей с синдромом Дауна. Выяснилось, что с возрастом коэффициент развития снижается: на первом году жизни – 71, на втором – 63, на третьем – 55, на четвертом – 47. Тем не менее, умственный возраст детей продолжал расти. Сделан вывод о том, что дети с синдромом Дауна, становясь старше, осваивали новые навыки все медленнее по сравнению с их здоровыми сверстниками [10, с. 118].

Во многих исследованиях интеллекта детей с синдромом Дауна было зафиксировано постепенное снижение тестовых показателей от почти близких к норме в первые месяцы жизни до уровня выраженной интеллектуальной недостаточности в школьном возрасте. Среди ученых развернулась дискуссия относительно причин, которые вызывают это снижение. Одни специалисты считают, что это связано с разрушающим мозговым процессом, другие полагают, что снижение показателей интеллекта отражает возрастание требований общества к ребенку по мере его взросления, что, в свою очередь, отражается в содержании и сложности тестовых заданий, которые предъявлялись детям. В частности, с возрастом увеличивается удельный вес вербальных заданий и уменьшается удельный вес невербальных заданий. Дети с синдромом Дауна лучше справляются с невербальными заданиями. В итоге было признано, что действуют оба фактора. Но все-таки синдром Дауна связан, в первую очередь, с врожденной ограниченностью в развитии интеллекта, обусловленной биологическими факторами.

### 5.3 Психологические основы комплексной помощи детям с синдромом Дауна

Комплексная помощь детям с синдромом Дауна оказывается по следующим направлениям:

1. формирование общественного сознания для создания более благоприятного отношения к людям с синдромом Дауна;
2. оперативное изменение внешнего вида ребенка, пластические операции для коррекции внешних специфических признаков синдрома Дауна;
3. социальная адаптация детей;
4. специальное обучение, коррекционно-педагогическая помощь.

В США были очень популярны пластические операции, которые позволяли убрать все характерные признаки с лица ребенка с синд­ромом Дауна. Считалось, что именно внешность вызывает негативное отношение в обществе к такому ребенку. Как заметил Б. Стрэтфорд, проблема заключает­ся в том, что основанием для выявления, выделения в отдельную группу и изоляции детей с синдромом Дауна является скорее их внешность, а не уровень интеллекту­ального развития.

Средства массовой информации многих стран, в том числе и США, в последнее время активно пытаются рассеять мифы о людях с синдромом Дауна и изменить негативное отношение общества к ним. Так, например, в США хорошо известен Крис Бурк, актер еженедельного телевизионного сериала «Жизнь продолжается» – моло­дой человек с синдромом Дауна. По своей роли он явля­ется полноценным членом семьи среднего класса, внося­щего весьма достойный вклад в жизнь этой семьи. И та­кие примеры не единичны.

Одной из проблемных сфер в развитии ребенка с синдромом Дауна является развитие речи. Дети далеко не всегда овладевают навыками использования речи для общения, что существенно снижает возможности дальнейшего развития детей, их социальную адаптацию. Эта проблема решается путем использования системы поддерживающей (дополнительной и альтернативной) коммуникации [5]. Использование жестов при обучении языку детей с синдро­мом Дауна получило распространение практиче­ски во всех странах мира. Это помогает решить две глобальные проблемы. Во-первых, зритель­ный образ является дополнительным каналом для поступ­ления информации: при использовании жестов речь не­произвольно замедляется, и из общего потока выделяют­ся смысловые единицы. Таким образом, для ребенка упрощается понимание обращенной к нему речи. Во-вто­рых, мы обучаем ребенка, не имеющего возможности говорить, способам выражения собственных желаний и мыслей. В свое время использование жестов подвергалось крити­ке, считалось, что это замедляет развитие вербальной речи, что ребенок, научившись пользоваться жестами, не будет мотивирован к освоению слов. Однако сейчас большое количество данных свидетельствует о том, что использование жестов не только не задерживает, но и способствуют развитию языка.

С целью стимуляции развития психики у детей с синдромом Дауна в США была создана программа «Маленькие ступеньки», которая в первую очередь предназначена для работы с детьми в домашних условиях, хотя может использоваться и в условиях учреждений специального образования [9].Основу методики раннего обучения детей составляет система простых заданий и упражнений, выстроенных в последовательности от простого к сложному по разным сферам развития. Ребенок постепенно овладевает различными навыками, продвигаясь мелкими шагами, и этот факт объясняет название программы. Использование данной программы позволяет добиваться существенных результатов в развитии маленьких детей с синдромом Дауна.

### 5.4 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания

1. Как Вы думаете, почему синдром Дауна широко известен даже среди непрофесионалов?
2. Объясните, почему для обозначения людей с отклонениями в развитии название «Даун» стало нарицательным? Как Вы к этому относитесь?
3. Каковы этиологические факторы синдрома Дауна? Какие его формы Вы знаете?
4. Каковы специфические особенности детей с синдромом Дауна, отличающие их от других детей с отклонениями в развитии?
5. Традиционно детей с синдромом Дауна относят к детям с интеллектуальной недостаточностью. Как Вы думаете, по каким особенностям детей об этом судят?
6. Как объяснить, что дети с синдромом Дауна начинают лучше говорить, если их вначале научить читать?

***Практическое задание № 1***

В приведенном отрывке выберите факты, свидетельствующие о способности автора текста обобщать, устанавливать последовательность событий, предвидеть результаты, последствия событий, а также делать умозаключения.

۞ ***Иллюстрация***

«В справочной я спросил, как мне добраться до парка Сен-Джеймса. Затем я попросил дежурную по станции позвонить моей маме и сказать ей, чтобы она не волновалась, и что я поехал в парк Сен-Джеймса. Затем я подумал о том, что мне лучше всего выйти на Виктории. Я не спеша дошел до Королевских конюшен и спросил, где Букингемский дворец, и один мужчина сказал мне: «Держите все время влево – и вы к нему придете». Я спросил у полицейского, когда будет проходить оркестр, и он ответил, что через десять с половиной минут. Я услышал ужасающий грохот, и, пока оркестр шел мимо, мои уши притягивались идущими оттуда ударами и шумом. Когда же оркестранты завернули за угол, то донеслись печальные звуки тромбона, повергшие меня в бездну» [10, с. 26].

***Практическое задание № 2***

В исследовании С. и В. Сентеруолл сравнивались показатели двух групп детей с синдромом Дауна, всего 32 ребенка. Дети первой группы еще в период новорожденности были отданы в воспитательный (детский) дом, дети второй группы воспитывались в своей семье, по крайней мере, до 2,5 лет. В возрасте 3 лет и 7 лет дети были подвергнуты тестированию [10, с. 118]. Полученные средние значения IQ (коэффициент интеллекта) приведены в таблице.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Группа** | **3 года** | **7 лет** |
| Из воспитательного (детского) дома | 34 | 16 |
| Из семьи | 43 | 23 |

Проанализируйте данные таблицы. Ответьте на следующие вопросы:

1. Как изменяется показатель интеллекта у детей с синдромом Дауна с возрастом?

2. Какое влияние оказывают условия жизни и воспитания детей на их умственное развитие?

### 5.5 Библиография по теме «Дети с синдромом Дауна»

1. Бочков, Н.П. Клиническая генетика : учебник для вузов / Н.П. Бочков. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 448 с.
2. Венар, Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг ; под науч. ред. А. Алексеева. – СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 384 с.
3. Исаев, Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.
4. Маллер, А.Р. Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта / А.Р. Маллер, Г.В. Цикото. – М. : Педагогика, 1988. – 128 с.
5. Методика учебно-воспитательной работы в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: Учеб-метод. пособие / М. Вейтланд, С.Е. Гайдукевич, Т.В. Горудко и др.; Науч. ред. С.Е. Гайдукевич. – Минск : БГПУ, 2009. – 276 с.
6. Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст) / Е.М. Мастюкова. – М. : Владос, 1997. – 304 с.
7. Мюнхенская функциональная диагностика развития : первый год жизни / Т. Хельбрюгге [и др.] ; под ред. Т. Хелльбрюгге. – Минск : Открытые двери, 1997. – 210 с. Мюнхенская функциональная диагностика развития : второй и третий год жизни / Т. Хельбрюгге [и др.] ; под ред. Т. Хелльбрюгге. – Минск : Открытые двери, 1997. – 123 с.
8. Нет «необучаемых детей»: книга о раннем вмешательстве / под ред. Е.В. Кожевниковой и Е.В. Клочковой. – СПб. : КАРО, 2007. – 352 с.
9. Питерси, М.Маленькие ступеньки: Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии : в 8 кн. / М. Питерси, Р. Трилор; Мин-во образования РФ, Ассоциация Даун Синдром. – Изд. 2-е. – М. : Ин-т общегум. исследований, 2001.
10. Современные подходы к болезни Дауна / под ред. Д. Лейна и Б. Стрэтфорда. – М. : Педагогика, 1991. – 336 с.
11. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. В.И. Лубовского. – М. : Изд. центр «Академия», 2005. – 464 с.
12. Филпс, К*.* Мама, почему у меня синдром Дауна? / К. Филпс. – М. : Теревинф, 1998. – 160 с.
13. Чобур, О. Свет всем людям / О. Чобур. – Владимир: Транзит-ИКС, 2008. – 74 с.
14. Синдром Дауна ХХI век / Профессиональный журнал о проблемах синдрома Дауна в 21-м веке [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://psyjournals.ru/sdXXI/>. – Дата доступа : 10.09.2011.

# Глава 6 Поврежденное психическое развитие: дети с деменцией

***Основные понятия.*** *Деменция, дементный синдром, приобретенное слабоумие; повреждение мозга, повреждение развития, надломленное развитие; резидуальный, прогрессирующий распад психических функций, парциальные нарушения, мозаичные нарушения; посттравматическая деменция; эпилепсия, эпилептическая деменция.*

**Содержание**

6.1 Общая характеристика деменции.

6.2 Классификация и клинико-психологическая характеристика деменции

6.2.1 Прогрессирующая деменция.

6.2.2 Резидуальная деменция разной этиологии.

6.3 Клинико-психологическая характеристика поврежденного психического развития.

6.4 Психологичские основы помощи детям с поврежденным психическим развитием.

6.5 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания.

6.6 Библиография по теме «Поврежденное психическое развитие: дети с деменцией и дементивным синдромом».

### 6.1 Общая характеристика деменции

Термин «поврежденное развитие» сам по себе уже указывает на сущность отклонений в развитии ребенка. Этот термин используется тогда, когда какая-то структура или процесс были здоровыми, нормальными, но под влиянием каких-то вредностей они изменились. Случаи поврежденного развития представляют собой такие варианты развития, когда у ребенка имелся отчетливый период совершенно нормального развития, и он ничем не отличался от своих сверстников. Но после воздействия на ребенка каких-либо вредностей его поведение, его развитие изменилось, он (возможно, частично) утратил те знания, умения и навыки, которые имел, и те способности, которые уже приобрел ко времени действия вредности. В этих случаях говорят о негативной динамике в развитии ребенка. Г.Е. Сухарева, известный детский психиатр, образно говорила о том, что развитие ребенка оказывается «*надломленным*» [10]. При этом всегда обнаруживается хронологическая связь между временем действия вредности на ребенка и начавшимся ухудшением в его развитии.

В психиатрии и дефектологии считается, что поврежденное развитие обусловлено более поздним патологическим воздействием на мозг ребенка каких-либо вредностей, точнее, в возрасте после 2,5–3 лет, когда мозговые структуры у ребенка уже в основном сформированы, и психические функции уже достаточно развиты, в том числе речь. Поэтому воздействие вредности вызывает не только *недоразвитие* психики, как при олигофрении, но и ее *повреждение*. В этих случаях можно говорить и о повреждении мозга, и о *поврежденном психическом развитии*.

Эта точка зрения на возраст повреждения мозга как границу между олигофренией и деменцией представляется нам дискуссионной. Логично предположить, что если развитие повреждается только в возрасте после 2,5-3 лет, то до этого возраста у ребенка развития не происходит, по крайней мере, не происходит развития речи. Между тем в психологии развития накоплено большое количество данных о высоком темпе развития ребенка в раннем возрасте, в том числе в развитии речи. Например, о быстром темпе развития речи и достижениях в развитии речи в раннем возрасте можно прочитать в главе 12, параграф 12.2. Высокий темп развития ребенка свидетельствует о накоплении существенных достижений в психике ребенка. Об этом свидетельствуют наблюдения за развитием детей первого-второго года жизни, которые перенесли воспалительные заболевания головного мозга, черепно-мозговые травмы, токсическое поражение мозга, детей, у которых начали впервые проявляться симптомы дегенеративных заболеваний нервной системы. У этих детей наблюдается очевидный *распад* навыков, которые они приобрели, дети теряют свои достижения (навыки действий с предметами, навыки познания, словарный запас, способы общения и др.) В то же время дети этого же возраста, у которых поражение мозга наблюдалось с рождения, не теряют, а просто позднее приобретают те же навыки и умения, запас впечатлений. При массивном прижизненном поражении (в первые годы жизни) головного мозга ребенок полностью теряет достигнутый уровень развития психики, опускается до уровня новорожденности, и его развитие фактически начинается с нуля, но уже на нарушенной биологической основе, тогда эти дети похожи на детей с олигофренией, но темп их развития еще более снижен. Поэтому нам представляется ошибочным отнесение к деменции только тех случаев, когда поражение мозга у детей возникает лишь после 2,5-3 лет, после появления речи. При рассмотрении этого вопроса необходимо, на наш взгляд, ориентироваться не столько на возраст, в котором произошло повреждение мозга, сколько на наличие фактов распада психики, приобретенных умений и навыков.

По МКБ-10 возможны следующие формулировки диагноза:F70-73 – умственная отсталость, F03 – деменция неуточненная, F06 – другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга и соматическим заболеванием.

Ведущим симптомом нарушений при поврежденном развитии является интеллектуальное снижение, поэтому при деменции у детей обнаруживается интеллектуальная недостаточность. По сравнению с олигофренией, при которой наблюдается врожденная интеллектуальная недостаточность, при деменции интеллектуальная недостаточность является приобретенной.

### 6.2 Классификация и клинико-психологическая характеристика деменции

Систематика и классификация органической деменции, особенно в детском возрасте, представляет значительные сложности. Это связано с тем, что характер поврежденного развития зависит от множества факторов, которые приводят к сложной клинико-психологической структуре. Классификация строится по следующим критериям (Г.Е. Сухарева, В.В. Лебединский, И.И. Мамайчук):

– критерий *динамики болезненного процесса*: резидуальная и прогрессирующая деменция;

– *этиологический* критерий: эпилептическая, постэнцефалическая, травматическая, ревматоидная и т.д.

– критерий *специфики клинико-психологической структуры*, или ведущего патопсихологического синдрома.

**6.2.1 Прогрессирующая деменция**

По первому критерию деменция классифицируется на два основных вида: *резидуальная* (остаточная) и *прогрессирующая.* Фактор динамики болезненного процесса является решающим для определения возможности дальнейшего психического развития ребенка.

*Резидуальная* деменция является результатом однократного патологического действия вредности на мозг ребенка: патологические изменения в головном мозге уже привели к изменению психических функций, к их распаду, однако дальнейшего распада функций уже не происходит. Деменция в этом случае представляет собой остаточный результат повреждения мозга. Психическое развитие ребенка будет происходить и далее, но в уже измененных условиях, в условиях работы поврежденного мозга и частично распавшихся психических функций. Ребенок остается способным познавать окружающий мир, действовать и общаться с окружающими людьми, правда, уже на ином уровне своих возможностей. Только в случае резидуальной деменции мы можем говорить о поврежденном психическом развитии как одном из видов отклоняющегося развития.

*Прогрессирующая деменция* наблюдается в случаях продолжающегося (не остановившегося) патологического воздействия вредностей на головной мозг при текущем органическом процессе. Вредности могут быть эндогенными, генетически обусловленными, а могут быть и экзогенными. Прогрессирующая деменция становится следствием таких клинических состояний, как хронически протекающие воспалительные заболевания мозга (менингит, энцефалит), прогрессирующий опухолевый процесс тканей головного мозга, тяжелые формы эпилепсии, детской шизофрении, склероз тканей мозга, различные дегенеративные заболевания нервной системы. Во всех этих случаях происходит постоянное разрушение нервной ткани мозга, а следствием этого является и распад психических функций. Распад психических функций также будет носить прогрессирующий характер, вплоть до полного распада психики.

При прогрессирующей деменции психическое развитие не происходит: наблюдается обратный процесс, процесс распада психики, поэтому термин «поврежденное развитие» не применим к случаям прогрессирующей деменции. Случаи прогрессирующей деменции, как правило, становятся объектами профессиональной деятельности медицинских работников, так как психолого-педагогические средства и способы работы с такими детьми малоэффективны.

**۞ *Иллюстрации***

*Синдром Ретта* – в типичных случаях за ранним периодом внешне нормального развития следует частичная или полная потеря приобретенных ручных навыков и речи. Расстройство обычно начина­ется в возрасте от 7 до 24 месяцев. Особенно характерны стереотипии в форме «заламывания или мытья рук» и потеря целенаправлен­ных движений рук. Этому сопутствует потеря, частичная потеря или недостаточное развитие речи, при которых руки находятся в согнутом положении у груди или подбородка; стереотипное смачивание кистей рук слюной; недостаточное прожевывание пищи; частые эпизо­ды гипервентиляции; практически во всех случаях отсутствие приобре­тения контроля над деятельностью кишечника и мочевого пузыря; нередко избыточное слюнотечение и высовывание языка; отсутствие со­циального взаимодействия. Социальное и игровое развитие останавливается в течение первых двух–трех лет, но отмечается тенденция к сохранению социального интереса. Осанка нарушается, походка становится неустойчивой, отмечается мышечная гипотония, нарушение координации движений туловища, нередко развивается сколиоз или кифосколиоз. Исходом состояния почти всегда является тяжелая интеллектуальная недостаточность. Приблизительно в половине случа­ев к подростковому или молодому возрасту развивается спинальная ат­рофия с тяжелой моторной недостаточностью [2, с. 35].

**۞ *Иллюстрации***

*Брюс (8 лет)* направлен к психиатру из-за предположений о том, что он страдает истерической слепотой (неосознанно притворяется, симулирует слепоту). Осложнения начались с необоснованных капризов и нарастающего упрямства. Врач-педиатр не обнаружил никаких соматических аномалий. Но Брюс продолжал выглядеть ребенком с частичной потерей зрения, и по мере того, как его зрение становилось все хуже и хуже, он был госпитализирован в психиатрическое детское отделение. Исследование глаз по-прежнему не обнаруживало никаких отклонений. Отец мальчика был твердо убежден в том, что ребенок притворяется.

Брюс был подвергнут тщательному обследованию. Было замечено, что он продолжает поиск нужной вещи наощупь даже тогда, когда за ним никто не наблюдает, что указывало на действительные нарушения зрения. Дополнительное офтальмологическое обследование обнаружило небольшой избыток пигмента в заднем отделе глаз, что иногда указывает на редкую форму дегенеративного заболевания, поражающего мозг и глаза. Этот предварительный диагноз подтвердился, поскольку болезнь прогрессировала, и при обследовании были найдены еще более очевидные аномалии. Брюса перевели в школу для слепых, затем в больницу для умственно отсталых детей, поскольку интеллект у него резко понизился и появились эпилептические припадки [8, с. 158].

**6.2.2 Резидуальная деменция разной этиологии**

Резидуальная органическая деменция проявляется в интеллектуальной недостаточности, которая возникла вследствие повреждения головного мозга. Для оценки степени повреждения психического развития и составления прогноза развития, определения возможностей коррекционно-развивающей работы с ним важно учитывать факторы, оказывающие влияние на состояние ребенка, варианты его развития. К ним относятся:

1. этиологический фактор, то есть вид вредности, действующий на мозг: травма мозга, воспалительные заболевания головного мозга, такие как менингит (воспаление оболочек мозга), энцефалит (воспаление вещества мозга), эпилепсия, опухоль мозга;
2. время поражения (чем раньше произошло поражение, тем тяжелее последствия и более серьезным является повреждение развития);
3. объем поражения, степень распространенности и локализация патологического процесса: локальные и диффузные повреждения;
4. периодом, прошедшим после заболевания (стаж заболевания);
5. структура нарушения;
6. особенности личности ребенка до заболевания.

Такое большое число параметров, от которых зависит характер развития детей с деменцией, определяет значительную сложность и неоднозначность выделения специфических характеристик развития для данной группы детей с отклоняющимся развитием.

***۞ Иллюстрации***

*Сережа, 15 лет.* Развивался нормально. Рос здоровым, общительным, послушным. В 15 лет перенес грипп с высокой температурой и длительным бессознательным состоянием. Вскоре после выздоровления ушиб голову, около часа был без сознания. После этого стал возбудимым, драчливым, неуживчивым. Учился удовлетворительно, но постоянно нарушал дисциплину. Был переведен во вспомогательную школу, но через год был исключен в связи с крайней недисциплинированностью и агрессивностью.

Во время обследования вял, апатичен, бездеятелен, по собственной инициативе в разговор не вступает, со сверстниками не общается, не читает, интереса ни к чему не проявляет, желания ограничиваются едой и примитивными бытовыми удобствами. О родных не вспоминает, пребыванием в больнице не тяготится, о будущем не думает. Обращает на себя внимание фонетически и структурно правильная речь, удовлетворительная техника чтения и письма. При исследовании интеллекта наряду с преобладанием элементарных конкретных суждений неожиданно правильно обобщает, оценивает сходство и различие по существенному признаку. Однако, несмотря на повторные объяснения и регулярные занятия новых знаний не усваивает [10, с. 114–115].

*Лена, 12 лет.* Развивалась нормально. В возрасте 4 лет перенесла ряд тяжелых инфекционных заболеваний, с нарушениями сознания и судорогами. После этого стала возбудимой, дралась, кусалась. С 6 лет стала убегать из дома, бродяжничала, попрошайничала, рассказывала вымыслы о себе, что она сирота, что ее выгнали из дома. Ночевала одна в лесу и в поле, заходила в дом к незнакомым людям. С возрастом нарастали расторможенность, назойливость, агрессивность. Из школы ее исключили, так как во время уроков она бегала по классу, била и кусала детей. С 10 лет стала сексуальной, открыто занималась онанизмом, цинично бранилась.

Во время обследования охотно вступает в беседу, о себе рассказывает непоследовательно, сбивчиво, часто противоречиво. При указании на это не смущается, легко придумывает новую версию. Двигательно беспокойна: вскакивает со стула, снова садится, хватает со стола предметы, вертит их в руках, сосет пальцы, грызет ногти, щурит глаза, морщится, гримасничает. В палате все время ничем не занимается, бесцельно бегает, залезает под кровати, пристает ко всем с различными просьбами, ссорится, цинично бранится, заводит разговоры на сексуальные темы, прижимается к другим больным, целует их и кусает. Панически боится перьев, выпавших из подушки, видя их, пронзительно кричит и прячется. О родных не скучает, ни к кому из окружающих не привязана.

Психологическое обследование выявляет очень слабое активное внимание, невозможность сосредоточиться даже на короткое время. На вопросы отвечает наугад, не думая, отвлекается легко на внешние воздействия. Критическое отношение к своему состоянию и поведению отсутствует. Планов на будущее не строит, живет только событиями сегодняшнего дня [10, с. 114–115].

*Эрнест в возрасте 6 лет* попал в тяжелое дорожно-транспортное происшествие, в результате которого у него произошел перелом ног и костей черепа. Две недели он пролежал в бессознательном состоянии, не мог говорить в течение месяца. Примерно через 9 месяцев был направлен на консультацию к психиатру из-за того, что задавал постоянные бессмысленные вопросы, испытывал чувство тревоги, имел массу странных привычек, был непослушным и трудным ребенком. В вопросах мальчика присутствовали многие элементы, характерные для речи детей, обучающихся говорить. Эти вопросы служили для того, чтобы исследовать язык для практики говорения, а также для получения информации. После мозговой травмы он был довольно неуклюжим, что привело к появлению беспокойства и неуверенности по поводу повседневных дел, например, утреннего одевания. Тревога и беспокойство были реакцией на тяжелое депрессивное состояние матери, которое было следствием супружеских конфликтов. В последующем состояние мальчика значительно улучшилось [8, с. 158–160].

*Петер в возрасте 7 лет* пережил черепно-мозговую травму в результате дорожно-транспортного происшествия. Мальчик находился в больнице почти в течение года и был похож на новорожденного ребенка: он не мог ни есть, ни говорить. Родителям было сказано, что он, вероятно, останется психически больным на всю жизнь. Но мальчик хорошо поправлялся и через 9 месяцев смог вернуться в школу. В возрасте 13 лет мальчик был направлен на обследование в связи с сильными припадками и трудным поведением дома и в школе. Оказалось, что его интеллект лишь несколько снижен, однако развитие чтения отставало на 4 года. Характер электроэнцефалограммы свидетельствовал о нарушенной электрической активности мозга. Черепно-мозговая травма оказала прямое воздействие на психическое развитие ребенка, что проявилось в возникновении патологических функциональных характеристик мозга и в припадках [8, с. 158–160].

*Последствия перенесенных воспалительных заболеваний головного мозга (менингитов и менингоэнцефалитов).* Воспалительные заболевания головного мозга вызываются инфекционными агентами – болезнетворными бактериями и вирусами, которые, поселяясь в тканях оболочек или в веществе мозга, вызывают воспалительное заболевание. Воспаление проявляется в повреждении ткани, в возникновении отека в области воспаления и в размножении клеток, что приводит к появлению рубцов на ткани. Другими словами, вследствие воспалительных заболеваний возникает дефект вещества мозга и его оболочек, что изначально нарушает нормальное психическое и личностное развитие ребенка.

У детей с интеллектуальной недостаточностью вследствие перенесенного менингита и менингоэнцефалита наблюдается выраженное нарушение нейродинамики психических процессов, нарушения целенаправленности деятельности и выраженное нарушение критичности. В этих случаях у детей могут возникнуть три основных нарушения: 1) органическое слабоумие с грубым нарушением мыслительных операций, 2) задержка психического развития с нарушением предпосылок развития интеллекта (памяти, внимания), 3) психопатоподобное поведение с грубым нарушением эмоционально-волевой сферы.

При эпидемическом энцефалите интеллект страдает лишь в более тяжелых случаях, чаще тогда, когда болезнь начинается в раннем возрасте. Но и при относительно сохранном интеллекте дети не могут учиться в школе, у них резко снижена активность, инициативность. Особенно страдает внимание: снижены его устойчивость, способность к переключению и распределению. Наблюдаются и резкая истощаемость интеллектуальной деятельности, эмоциональное оскудение, дети производят впечатление безразличных ко всему, ничем не заинтересованных людей. Однако у них нередки и взрывы раздражительности и импульсивности.

Часто наблюдаются и психопатоподобные расстройства в виде психомоторной расторможенности, бестактности, раздражительности, грубости, патологические влечения (воровство, поджоги, страсть к путешествиям, обжорство, злоупотребление алкоголем), снижена критичность по отношению к себе. Нарушения эмоциональной сферы выражаются и в существовании различных страхов и навязчивых состояний, например, страх заразиться, заболеть, навязчивый счет, навязчивые движения и др.

*Последствия перенесенных тяжелых травм головного мозга.* Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – это результат механического повреждения черепной коробки и ее содержимого. ЧМТ приводит к выраженному нарушению нейродинамики мозга, циркуляции жидкости внутри черепной коробки, изменению кровоснабжения мозга и т.д. При контузии мозга в связи с ударом ликворной волны о стенки третьего желудочка повреждаются мозговые структуры, отвечающие за организацию процессов памяти. В клинике различают два основных вида черепно-мозговых травм: контузия и комоция (сотрясение мозга).

В *резидуальный периоде* при обоих видах травм возникает церебрастения, вестибулярные расстройства. В структуре посттравматического нарушения имеют место явления стойкого, часто необратимого регресса ряда психических функций: нарушения внимания, памяти, динамики мыслительных процессов.

Изучая отдаленные последствия поврежденного развития при травмах мозга, М.О. Гуревич выделил 4 клинических этапа.

1. *Травматическая церебрастения*. У детей наблюдается неспособность к умственному напряжению, повышенная утомляемость. Дети продолжают обучение в школе, но при усложнении жизненной ситуации у них могут наблюдаться обострения в виде головокружения, нарушения сна, снижения общего психического тонуса. Нейропсихологическое исследование И.И. Мамайчук [6] показало, что на этом этапе у детей наблюдается выраженное нарушение объема и переключаемости внимания, снижение объема памяти в слуховой и зрительной модальностях, нарушение динамики мыслительных процессов. В структуре личности наблюдается повышенная фрустрированность, эмоциональная неустойчивость, ригидность поведения.
2. *Травматическая церебропатия* проявляется у детей либо в апатии, общей вялости, общей заторможенности, либо в повышенной возбудимости и двигательной расторможенности. У детей наблюдается эйфория, беспечность, агрессивность, взрывчатость. Дети этой группы испытывают серьезные затруднения при обучении в школе, так как на фоне общей неуспеваемости у них наблюдается выраженное психопатоподобное поведение, неадекватность самооценки и снижение критичности к своему состоянию.
3. *Травматическое слабоумие* проявляется в снижении интеллектуальной активности и интеллектуальной деятельности ребенка. В структуре личности наблюдается выраженное снижение критичности к своему состоянию, нарастает бездеятельность. Мышление отличается тугоподвижностью, ригидностью.
4. *Травматическая эпилепсия* развивается в том случае, если в разные сроки после травмы у детей возникают эпилептические припадки. У детей на фоне припадков появляется травматическая астения, наблюдаются нарушения личности в виде повышенной агрессивности, аффективности, психопатоподобного поведения. У детей снижается интеллектуальная работоспособность.

*Последствия эпилептической болезни.* Эпилепсия – хроническое полиэтиологическое прогрессирующеезаболевание головного мозга, которое характеризуется периодически наступающими церебральными судорожными или бессудорожными приступами, или припадками.В различных участках головного мозга имеется группа нервных клеток, обладающих высокой активностью и способностью накапливать (аккумулировать) большое количество возбуждающих нервных импульсов (так называемый эпилептический очаг), которые периодически молниеносно распространяются на другие отделы мозга (судорожный разряд) и вызывают припадок.

Для возникновения эпилептической болезни требуется не только воздействие вредности (менингиты, энцефалиты, интоксикация, травиы головы), но и особая предрасположенность, проявляющаяся в судорожной готовности головного мозга. Это предрасположение может быть наследственным, врожденным или рано приобретенным. Наследственное предрасположение проявляется не только в наличии у родственников судорожных припадков, но и в определенных конституциональных особенностях личности: особом темпераменте и комплексе характерологических особенностей, которые называют *эпилептоидностью*. К эпилептоидным чертам характера относят наклонность к аффективным взрывам, недостаточную интеллектуальную и эмоциональную гибкость, чрезмерную аккуратность, исполнительность, чрезмерную настойчивость и бережливость до скупости, особую принципиальность. Эпилептоидные личности легко вступают в конфликты с окружающими, бывают гневливыми, раздражительными, иногда жестокими. Наличие эпилептоидных черт свидетельствует о наследственной предрасположенности к эпилептической болезни.

Врожденная предрасположенность обусловлена патологией внутриутробного развития, гипоксией плода. Приобретенная предрасположенность связана с родовой травмой, перенесенными в раннем возрасте инфекциями головного мозга. По мнению Г.Г. Шанько [11], в возникновении эпилепсии главную роль играет не наследственный фактор, а органическое поражение головного мозга, и особенное значение придается поражению головного мозга до рождения ребенка и во время родов.

Течение эпилептической болезни отличается большим разнообразием клинических проявлений, которые зависят от мозговой локализации эпилептогенного очага, а также от частоты и характера припадков. Важное значение имеет также и возраст дебюта заболевания. По данным М.И. Гуревича, эпилептическая болезнь при ее начале в детском возрасте чаще приводит к тяжелому слабоумию.

**۞ *Иллюстрации***

*Надя (5 лет)* поступила в больницу с жалобами на судорожные припадки с потерей сознания. Родители здоровы, отец очень упрямый, настойчивый, педантичный, мать спокойная и аккуратная, тетка по линии отца страдает эпилепсией. Беременность и роды у матери протекали нормально, раннее развитие без особенностей. В возрасте 1 года 2 месяцев перенесла тяжелую диспепсию. Росла спокойной и общительной. В детском саду отмечали большую аккуратность, исполнительность, но также и упрямство, настойчивость. Первый судорожный припадок возник без видимой причины в 3 года: девочка внезапно упала, потеряла сознание, в течение 30 минут были судороги с пеной у рта. Приступы повторялись 1–2 раза в месяц. За минуту до припадка подбегала к матери, жаловалась, что тошнит и «глаза плохо видят». В отделении девочка охотно общается с детьми, делает им замечания. Слабого ребенка может ударить, если он не выполнит ее приказа. Никому не уступает своего места, не дает детям игрушек. Настроение ровное, но легко обижается, долго помнит обиду. В занятиях несколько медлительна, пассивна. Любит слащаво, назойливо приласкаться ко взрослым, всем улыбается, любит здороваться по многу раз в день [10, с. 141].

*Сережа, 14 лет*. Отец и его родственники здоровы, мать страдает эпилепсией. Развитие навыков у ребенка своевременное, но до настоящего времени отмечается ночной энурез. В возрасте 2 лет перенес дизентерию, в возрасте 7 лет – болезнь Боткина, несколько раз – грипп. В возрасте 6 лет был ушиб головы без явлений сотрясения мозга. До школы воспитывался дома, был послушным, рассудительным, любил рисовать, играть в войну, слушать чтение книг. Через несколько месяцев после ушиба головы был припадок, спустя месяц наблюдался развернутый судорожный приступ, через 3 года возникли частые судорожные припадки. Продолжал посещать школу, учился удовлетворительно, был исполнительным, добросовестным, выполнял все указания учительницы. В подростковом возрасте начал учиться хуже. Мать обратила внимание на практическую направленность сына: он рекомендовал ей экономить и копить деньги, проявлял большой интерес к хорошей одежде, стал очень аккуратным, следил за чистотой обуви. С 13 лет стал раздражительным, грубым, но и подчеркнуто вежливым и заботливым [10, с. 143].

Кроме судорожных припадков у больных детей наблюдаются специфические особенности мышления, эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Это проявляется в общей психической тугоподвижности, вязкости мышления и аффекта, в полярности эмоций (сочетание склонности к экзальтации, ласковости со злопамятностью и мстительностью), в выраженной напряженности аффекта и легко возникающими вспышками ярости и гнева. В мышлении у них отмечается выраженная замедленность, тугоподвижность в сочетании со склонностью к застреванию на малосущественных деталях, неспособность выделения главного, трудности интеллектуальной переключаемости, выраженная замедленность речи. При обучении во вспомогательной школе эти дети испытывают большие трудности ввиду большой медлительности при письме, чтении, счете. Аффективные нарушения у этих больных в значительной степени способствуют дисгармоничному развитию личности и нарушению поведения. Дети и особенно подростки с эпилепсией вследствие резкой взрывчатости, склонности к агрессии могут представлять опасность для окружающих. В структуре поврежденного развития при эпилепсии наблюдается стойкий, часто необратимый регресс ряда психических функций.

Характерными для больного с эпилепсией являются злопамятность и мстительность, а также выраженные эгоцентрические установки личности, в поведении типичны скупость и педантизм, не свойственные детскому и подростковому возрасту в норме. Для больных детей характерна эмоциональная вязкость, то есть склонность к длительной фиксации на эмоционально окрашенных переживаниях, особенно отрицательных. Поэтому такие дети отличаются злопамятностью, мстительностью и одновременно слащавостью и прилипчивостью по отношению к другим людям. У детей, страдающих эпилептическим слабоумием, наблюдается аффективная взрывчатость, угрюмость, резкая раздражительность, склонность к агрессии. В интеллектуальной сфере для них характерны склонность к детализации, застревание на второстепенных деталях, затруднения в переключении от одного вида деятельности или объекта на другой, трудности усвоения нового, сужение объема внимания. Для эпилептического слабоумия характерны также своеобразные нарушения памяти с лучшим сохранением в памяти событий, касающихся личных интересов ребенка.

При прогрессировании заболевания психопатологические симптомы нарастают. Заостряются типичные эпилептические черты, и формируется личность эпилептоидного склада, для которой характерны злобность, гневливость, раздражительность, двойственность в поведении. В поведении наблюдается двигательная расторможенность, повышенная возбудимость, повышенная отвлекаемость, резкое снижение памяти. При быстром течении эпилептического процесса слабоумие резко нарастает.

**۞ *Иллюстрация***

*Сергей (14 лет):* в психическом статусе обращает на себя внимание угрюмый фон настроения с недоверчивым отношением к окружающим. В коллективе пытается занять ведущие позиции, любит поучать других. Старается подчеркнуть свои преимущества. Часто с ласковой улыбкой делает окружающим едкие замечания. Каждому больному стремится дать обидное прозвище. Жестоко шутит над одними детьми и дерется с другими; бьет больно, хвастается, что умеет бить, не оставляя синяков, злопамятен. С врачами и педагогами корректен, собран, рассудителен; с младшим медперсоналом груб, дерзок, непослушен, агрессивен, подозрителен, считает, что санитарки воруют его продукты. Интеллектуальные интересы не выражены, читать не любит. К учебным занятиям интереса нет, однако в рисовании неутомим, усидчив и целенаправлен. Особенность рисунков – мелкие размеры фигур [10, с. 143].

### 6.3 Клинико-психологическая характеристика поврежденного психического развития

Клинико-психологическая картина отклонений в развитии при деменции очень сложная, она отличается большим разнообразием (*полиморфностью*), то есть проявляется в разнообразных интеллектуальных, эмоциональных и личностных нарушениях. Особенно это заметно при сравнении поврежденного развития с психическим недоразвитием при олигофрении, (последнее подчиняется законам *тотальности и иерархичности*: уровень развития психических функций у детей при олигофрении равномерно снижен). *Поврежденное развитие характеризуется скорее парциальностью, а не тотальностью расстройств.* У детей частично сохраняется накопленный прошлый опыт, знания, умения и навыки, но приобретение нового опыта существенно затруднено или вообще невозможно. Анализ нарушений психических функций и личности у детей при деменции позволяет говорить о выраженном нарушении функций лобных долей, которые в детском возрасте еще анатомически и функционально остаются незрелыми. Добавляется также олигофренический компонент в виде недоразвития высших форм познавательной деятельности, логического мышления. Повреждение подкорковых областей мозга приводит к тому, что при органической деменции, как правило, сильнее, чем при олигофрении, страдают *нейродинамические процессы*, вследствие чего более выражена инертность мышления, а не снижение уровня мыслительных процессов. При деменции наблюдается тяжелая истощаемость, персевераторные явления. Наличие грубых нейродинамических расстройств резко дезорганизует психическую деятельность.

Нейропсихологические исследования показали выраженные нарушения функций лобных долей у детей с органической деменцией. Чем тяжелее вредоносный фактор, тем больше страдают лобные доли, так как они являются морфологически и функционально незрелыми. При этом отмечается сочетание явлений повреждения и недоразвития лобных долей.

По мнению В.В. Лебединского [3], клинико-психологическая структура органической деменции существенно зависит от того, в каком возрасте произошло повреждение.

При поражении *в раннем возрасте* на первый план выступают утрата и обеднение навыков. Нарушения целенаправленности проявляются в двух вариантах: а) апатия, адинамия, снижение побуждений к деятельности, утрата интересов; б) нецеленаправленность деятельности, двигательная расторможенность. При раннем начале деменции у детей наблюдаются недоразвитие мышления, низкий уровень суждений, страдает умение устанавливать связи между предметами и явлениями. Структура нарушения при поврежденном развитии становится сходной со структурой нарушения при олигофрении.

При поражении *в дошкольном возрасте* наиболее очевидно разрушение игровой деятельности, наблюдается ее стереотипность и однообразие. Приобретенные навыки страдают меньше, но все же имеется их определенный регресс.

При поражении *в младшем школьном возрасте* у детей, как правило, сохраняется речь (при отсутствии локальных поражений речевых зон мозга), навыки самообслуживания и даже элементарные учебные навыки. Запас знаний и представлений также в значительной степени сохраняется. Но резко снижаются интеллектуальная работоспособность и учебная деятельность в целом: теряются школьные интересы, нарушается целенаправленность.

При поврежденном психическом развитии у детей наблюдаются следующие *нарушения психических функций*:

* гностические расстройства, или расстройства сенсорно-перцептивных функций, нарушения пространственного синтеза;
* нарушения памяти, особенно механической, что наиболее специфично для деменции, обусловленной черепно-мозговой травмой;
* страдают нейродинамические процессы, то есть наблюдается инертность психической деятельности, слабая переключаемость, тяжелая истощаемость, явления персеверации, что приводит к резкой дезорганизации всей психической деятельности.

*Изменяется поведение и личность ребенка:*

* адинамия, вялость поведения или психомоторная расторможенность с признаками полевого поведения значительно осложняют возможности специального обучения детей;
* нарушения влечений: прожорливость, сексуальность, иногда влечения носят извращенный характер, например, наблюдается стремление к самоповреждению, садистические наклонности; расторможенность и патологический характер влечений зачастую приводят к тяжелому асоциальному поведению детей;
* отсутствует чувство стыда, жалости, привязанность к родным и близким, переживаний за них; нарушения личности могут быть выражены даже больше, чем интеллектуальное снижение.

۞ ***Иллюстрации***

*Инертность* психической деятельности проявляется в том, что ребенок во время обследования не может изменять избранного способа работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой, а изменение условий резко затрудняет их работу. Испытуемые начинают допускать ошибки, если им приходится переключаться на новый способ выполнения задания. Так, при выполнении задания на классификацию испытуемый может объединять картинки в группы только по одному признаку, переключиться на другой признак он уже не может: если объединил предметы в группу по цвету, то будет упорно это делать, а при предъявлении другого задания также будет использовать признак цвета при его выполнении; когда его просят исключить лишний предмет из четырех и объяснить, почему это так, он вновь исключает предмет, отличающийся от других цветом.

Вова, 7 лет. Психолог показывает картинки, на которых изображена девочка с разным выражением лица: смеется, нейтральное выражение, плачет. Вова описывает картинки. 1-я картинка: «Девочка смеется, потому что Новый год»; 2-я картинка: «Девочка молчит, потому что нет Нового года», 3-я картинка: «Плачет, потому что ее мальчики набили, нет, потому что нет Нового года».

Психолог предлагает пересчитать геометрические фигурки. Вова пересчитывает в хаотичном порядке: «Один, два, три, пять, шесть, восемь». После этого ему предлагают картинки с изображениями предметов. Вова не слушает следующее задание и сразу начинает пересчитывать эти картинки. Отвечает на несколько вопросов психолога о том, что изображено на картинках, затем вновь и вновь их пересчитывает.

Наташа, 8 лет 6 месяцев выполняет задание на исключение лишнего предмета из четырех.

1. Предъявлена таблица: три квадрата красных, 1 квадрат зеленый. Наташа указывает на зеленый квадрат.
2. Предъявлена таблица: четыре квадрата красных, из них один большой. Наташа: «Ничего лишнего… большой лишний».
3. Предъявлена таблица: красный квадрат, желтый квадрат, красный треугольник, синий квадрат. Наташа: «Красный… треугольник».
4. Предъявлена таблица: портфель, шляпа, тетрадь, карандаш. Наташа: «Портфель лишний, он большой».
5. Предъявлена таблица: стол, стул, шкаф, чашка. Наташа: «Стол лишний, он большой».
6. Предъявлена таблица: иголка, нитки, наперсток, книга. Наташа: «Иголка лишняя, она большая».

При деменции типичным является нарушение у детей *целенаправленности психической деятельности:*

* снижается *критичность*, отсутствует понимание и переживание своей несостоятельности, равнодушие к оценке, к результатам своей деятельности, отсутствие временной перспективы;
* обязательны *энцефалопатические расстройства*, так как они наблюдаются именно при повреждении мозга, к ним относятся адинамия, вялость или, наоборот, психомоторная расторможенность, эйфория или дисфория с угрюмостью, злобность, склонность к агрессии, расторможенность влечений;

۞ ***Иллюстрация***

*Нарушения* *целенаправленности мышления* проявляются в том, что у детей при выполнении заданий, требующих мыслительной деятельности, возникает поток ассоциаций, стереотипов, который не позволяет им вникнуть в сущность задания, отвлекает от его выполнения. Например, выполняя задание, в котором требуется разложить картинки в определенном порядке, ребенок не вникает в суть задания, а раскладывает карточки в любом порядке, лишь бы они лежали в линейку. По просьбе указать определенную карточку указывает первую попавшуюся; по просьбе назвать предметы из определенной группы называет только то, что видит, что находится перед глазами.

Таким образом, *процесс психического развития при деменции* характеризуется следующими особенностями. Повреждение ведет к явлениям *изоляции* в развитии отдельных функций или систем функций, распаду сложных иерархических систем, что приводит к грубому стойкому, необратимому *регрессу* функций. Регресс отдельных психических функций приводит к фиксации их на более ранних стадиях развития. Особенно специфичным для поврежденного развития является одновременно и повреждение, и задержка в развитии функций. Если психическая функция к моменту действия вредности уже была сформирована, закончила свое развитие, то с большей вероятностью она будет повреждена. Если же функция еще молодая, не закончила своего развития к моменту повреждения, то она скорее будет недостаточно развитой, то есть будет относиться к разряду недоразвитых функций.

***Структура нарушения при поврежденном развитии.*** *Первичное нарушение* при поврежденном развитии непосредственно связано с разной локализацией повреждения (подкорковые структуры и лобные доли мозга) и со временем поражения. Первичное нарушение проявляется в виде повышенной истощаемости и инертности психической деятельности, уменьшения возможности воспринимать, анализировать и накапливать информацию. *Вторичное нарушение* прямо связано со спецификой первичного нарушения: снижение уровня мыслительных операций, нарушение целенаправленности мышления, ассоциативный характер мыслительных процессов. Расстройство регулятивных процессов приводит к преобладанию низшего уровня эмоций, расторможенности патологических влечений, снижению критичности, к невозможности усвоения социальных норм и правил и следования им. Вторичное нарушение усугубляется из-за сниженной способности приобретения нового опыта и использования сохранившихся функций и способностей.

### 6.4 Психологические основы помощи детям при поврежденном психическом развитии

Ребенку с различными видами деменции помощь должна оказываться комплексно. Руководителем команды специалистов должен выступать врач-невролог, который определяет общие направления и задачи работы с ребенком, назначает медикаментозное и другие виды лечения, контролирует процесс реабилитации. Медицинская помощь ребенку имеет определяющее значение, так как у ребенка есть неврологическая патология, которая требует лечения.

Особенность психологической работы с детьми с поврежденным развитием определяется во многом тем фактом, что его имеющиеся у него нарушения носят приобретенный характер. Из этого следуют основные положения, на которые мы должны опираться в коррекционной работе.

1. У ребенка был период нормального развития, он приобрел определенный запас знаний и представлений, научился познавать мир и действовать в нем, строить отношения с окружающими на уровне, соответствующем его возрасту, до воздействия вредности. Определенный запас накопленного опыта у него сохранился, поэтому он может быть использован в работе с ребенком.
2. Однако ребенок приобрел нарушение в виде поломки, повреждения определенных функций, которые должны подвергаться коррекционному воздействию.
3. Характер повреждений в развитии зависит от большого числа факторов (их перечень приведен выше), поэтому программа работы с ребенком будет существенно отличаться в зависимости от характера нарушений.
4. Окружающие ребенка люди, прежде всего близкие взрослые, помнят то время, когда он был здоровым и нормально развивался, и тяжело переживают трагические перемены с их ребенком. Поэтому они остро нуждаются в помощи и поддержке специалистов.

Направления и общие задачи работы с ребенком: 1) организация его жизнедеятельности в изменившихся условиях, обучение ребенка доступным видам предметно-практической деятельности, формирование навыков самообслуживания; 2) социально-психологическая и педагогическая поддержка семьи; 3) организация коррекционной работы с ребенком в соответствии со структурой его нарушения, восстановление пораженных или утраченных психических функций.

Для определения направлений и задач помощи ребенку с поврежденным развитием И.И. Мамайчук [6] использовала классификацию М.О. Гуревича, в которой отражены клинические этапы отдаленных последствий поврежденного развития.

Таблица 6.1 – Направления психологической помощи ребенку с поврежденным развитием

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Степень повреждения** | **Патопсихологические особенности** | **Направления психологической помощи** |
| Церебрастения | Неспособность к умственному напряжению, повышенная утомляемость. Снижение объема памяти в слуховой и зрительной модальностях.  Трудности концентрации, устойчивости и распределения внимания.  Нарушение динамики мыслительных процессов.  Адаптация детей удовлетворительная, но в усложненных жизненных ситуациях наблюдаются обострения в виде головокружения, нарушения сна, общего психического тонуса. | Повышение умственной работоспособности с помощью специальных психотехнических приемов по развитию памяти, внимания, скорости реакций.  Развитие навыков саморегуляции с помощью психорегулирующих тренировок.  Формирование положительной мотивации к занятиям.  Коррекция негативных эмоциональных проявлений. |
| Церебропатия | Вялость и общая заторможенность/или повышенная возбудимость, двигательная расторможенность.  Существенные трудности в обучении.  Психопатоподобные реакции.  Неадекватная самооценка, снижение критичности. | Коррекция нарушений поведения.  Повышение социальной активности, адаптация ребенка к своему дефекту.  Психокоррекционная работа с родителями. |
| Слабоумие | Резкий упадок интеллектуальной деятельности и активности.  Выраженное снижение критичности, нарастание бездеятельности.  Тугоподвижность мыслительных операций. | Организация жизнедеятельности ребенка в семье, в коллективе.  Обучение ребенка доступным видам деятельности.  Психологическая поддержка родителей. |

Особый подход должен быть реализован по отношению к детям *с эпилепсией,* так же как и к детям, которые могут быть предрасположены к появлению эпилептических припадков. При эпилепсии применяется лекарственная терапия, которая специально подбирается врачом для конкретного ребенка. Медикаментозное лечение не должно прерываться без разрешения врача, даже несмотря на отсутствие припадков. При отмене лекарственных препаратов приступы у ребенка могут возобновиться вновь. Большое значение придается режиму дня ребенка и организации его жизни в целом. Для ребенка с эпилепсией опасность представляет большое количество раздражителей, таких как просмотр кинофильмов, телевизионных передач, видеофильмов. Слишком частые и длительные просмотры нарушают устойчивость внимания и поведения, что приводит к повышению судорожной готовности и провоцирует новые припадки у ребенка. Судорожная готовность возрастает также и после сильного эмоционального напряжения, причем не только с переживанием отрицательных эмоций, но в равной степени и с переживанием положительных. Однако активная деятельность ребенка с небольшим эмоционально насыщенным напряжением может быть и благоприятным фактором, предупреждающим возникновение припадка. Предупреждению эпилепсии во многом способствуют и гигиенические мероприятия: пребывание на свежем воздухе, недопущение переутомления, перегревания и обезвоживания организма ребенка, полноценный сон, дозировка занятий и отдыха. В работе психолога с детьми с эпилепсией большое значение имеет коррекция поведения ребенка, обучение его нормам и правилам поведения и общения, профилактика конфликтов между детьми. Регулярно проводимая коррекционная работа, своевременное лечение могут значительно уменьшить степень личностных расстройств, затормозить темпы распада интеллекта.

### 6.5 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практическое задание

1. Что означает термин «деменция»?
2. Чем деменция отличается от олигофрении?
3. Каковы существенные отличия между резидуальной и прогрессирующей деменцией?
4. Какие факторы определяют различные варианты поврежденного развития при резидуальной деменции?
5. Почему воспалительные заболевания головного мозга могут привести к приобретенной интеллектуальной недостаточности?
6. Каковы характерные особенности поврежденного развития у детей после перенесенных воспалительных заболеваний головного мозга?
7. Почему черепно-мозговая травма может привести к приобретенной интеллектуальной недостаточности?
8. Каковы характерные особенности поврежденного развития у детей после перенесенных черепно-мозговых травм?
9. Какие особенности мышления, характера и личности типичны для детей с эпилепсией?
10. Разъясните значение выражений «эмоциональная вязкость» и «интеллектуальная ригидность».
11. Как соотносятся явления недоразвития и повреждения психических функций при органической деменции у детей?
12. Назовите основные различия между психическим недоразвитием и поврежденным развитием.
13. На каких основаниях определяются задачи работы с ребенком при поврежденном развитии?

***Практическое задание.*** Проанализируйте приведенные в тексте данного раздела характеристики детей, особенности их заболевания и развития. Анализ проведите по следующему плану:

1. Как развивался ребенок с рождения?
2. В связи с чем у него возникли отклонения в развитии?
3. В чем выражаются отклонения в развитии?
4. Какова динамика изменений в развитии ребенка?
5. Какие факторы оказали влияние на возникновение данного варианта поврежденного развития?
6. Какие психические функции у данного ребенка пострадали, а какие остались сохранными?
7. Какие задачи коррекционной работы можно поставить для каждого ребенка?

### 6.6 Библиография по теме «Поврежденное психическое развитие: дети с деменцией»

1. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1986. – 288 с.
2. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / Б.Д.Карвасарский. – СПб. : Питер, 2006. – 960 с.
3. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей: учеб. пособие / В.В. Лебединский. – М. : Изд-во МГУ, 1985. – 168 с.
4. Максимова, Н.Ю. Курс лекций по детской патопсихологии: учеб. пособие / Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютина. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576 с.
5. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2001. – 220 с.
6. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.
7. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 / Всемирная организация здравоохранения ; пер. на русск. язык О.Ю. Донец; ред. и предисл. А.Н. Моховикова ; вступ. статья А.А. Северного. – М. : Смысл; СПб. : Речь, 2003. – 407 с.
8. Раттер, М. Помощь трудным детям / М. Раттер; пер. с англ. О.В. Баженовой, Г.Г. Гаузе; общ. ред. А.С. Спиваковской. – М. : Прогресс, 1987. – 420с.
9. Симмерницкая, Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе / Э.Г. Симмерницкая. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 190 с.
10. Сухарева, Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. – М. : Медицина, 1974. – 320 с.
11. Шанько, Г.Г. Эпилепсия у детей (классификация, диагностика, лечение): рук-во для врачей / Г.Г. Шанько. – Минск: Харвест, 1997. – 128 с.
12. Шац, И.К. Психозы у детей: психология и психопатология: учеб. пособие / И.К. Шац ; под ред. проф. С.П. Евсеева. – М. : Сов. спорт, 2002. – 216 с.

# Глава 7 Задержанное психическое развитие: дети с трудностями в обучении

***Основные понятия.*** *Задержанное психическое развитие, дети с трудностями в обучении, минимальная мозговая дисфункция, депривация; ЗПР конституционного происхождения, ЗПР соматогенного происхождения, ЗПР психогенного происхождения, ЗПР церебрально-органического происхождения.*

**Содержание**

7.1 Понятие задержки психического развития.

7.2 Феноменология и клиническая характеристика задержанного психического развития.

7.3 Классификация форм задержанного психического развития.

7.4 Психологическая характеристика задержанного психического развития.

7.5 Структура нарушения и дифференциальная диагностика при задержанном психическом развитии.

7.6 Психологические основы помощи детям при задержанном психическом развитии.

7.7 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания.

7.8 Библиография по теме «Задержанное психическое развитие: дети с трудностями в обучении».

### 7.1 Понятие задержки психического развития

Дети с задержанным психическим развитием стали объектом внимания специальной психологии относительно недавно: исследования задержки психического развития в отечественной специальной психологии были развернуты во второй половине прошлого столетия. Грубые случаи задержки психического развития изучались в рамках олигофренопсихологии, так как дети с задержкой развития могут напоминать детей с интеллектуальной недостаточностью. Это сходство выражается в том, что отставание в развитии хорошо заметно именно в области познавательной деятельности и наиболее ярко проявляет себя в процессе школьного обучения. Проблема разделения детей с задержкой психического развития и детей с интеллектуальной недостаточностью актуальна до сих пор. Это подтверждается отдельными фактами обучения детей с ЗПР во вспомогательных школах, так как в результате ошибочной диагностики детям ставится диагноз интеллектуальной недостаточности.

Еще в классических работах по дефектологии отмечалось, что среди детей с интеллектуальной недостаточностью выделяются те, которые имеют более высокий потенциал развития и обучения, но вместе с тем отстают в развитии от нормально развивающихся детей. С другой стороны, в массовой школе среди категории неуспевающих детей, то есть не справляющихся с требованиями школьной программы, часть детей испытывает стойкие трудности, и поэтому нуждается в специальной организации обучения.

Таких детей начали называть детьми с трудностями в обучении, а позже в отечественной специальной психологии для ихобозначения появился термин «задержка психического развития». В системе специального образования создавались классы и школы для детей с задержкой развития, специальные дошкольные учреждения, группы в массовых детских садах. Были разработаны программы обучения и воспитания детей с задержкой психического развития. В соответствии с этими программами обучение детей происходило в более медленном темпе по сравнению с обучением нормально развивающихся детей.

По данным разных авторов, частота распространенности задержки психического развития составляет 6–11% детской популяции [19], а распространенность трудностей в обучении в детской популяции школьного возраста составляет от 5 до 11 %, в крупных городах США доходит до 30% [20].

С позиций *клинического подхода* задержка психического развития описывается следующим образом: «Под задержкой психического развития понимается сборная по клиническим признакам группа различных вариантов отставаний в психическом развитии, не обладающих характером общего психического недоразвития (как это имеет место при олигофрениях), но имеющих такие особенности интеллекта и личности, которые прежде всего не позволяют детям своевременно и качественно овладевать элементарными школьными знаниями» [13, с. 101–132]. При задержке психического развития детям могут выставлены следующие диагнозы в соответствии с МКБ-10 [11]:

*F81 – специфические расстройства школьных навыков (F81.3 – смешанное расстройство развития школьных навыков; F81.9 – расстройство развития школьныхх навыков, неуточненное); F82 –специфическое расстройство развития двигательных функций; F83 – смешанные специфические расстройства развития.*

В соответствии с действующим в нашей стране инструктивно-методическим документом «Методические рекомендации по использованию Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра в диагностической деятельности Центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» (2002 год) рекомендуется выставлять следующие диагнозы:F84.8 – другие общие расстройства развития, – соотносится с ЗПР соматогенного происхождения; F81.3 – смешанное расстройство развития школьных навыков – соотносится с ЗПР психогенного происхождения; F81.9 – расстройство развития учебных навыков неуточненное – соотносится с ЗПР конституционального происхождения; F83 – смешанные специфические расстройства развития – соотносится с ЗПР церебрально-органического происхождения.

С позиций *психометрического подхода* для характеристики задержки психического развития используется также термин «пограничная интеллектуальная недостаточность», или «субнормальный интеллект». Этим подчеркивается пограничный характер задержки психического развития, ее место на границе между нормой и интеллектуальной недостаточностью. Показатели коэффициента интеллекта колеблются между 70 (ниже располагаются показатели интеллектуальной недостаточности) и 90 (выше располагаются показатели нормального развития).

*Задержка психического развития* – это психолого-педагогическое определение для сборной группы разнородных нарушений у детей. Задержка психоречевого развития и задержка психомоторного развития – термины, часто употребляемые в медицинской документации. Данные термины призваны акцентировать преобладание задержки развития преимущественно в речевой и двигательной сферах соответственно, хотя общая задержка развития также констатируется.

*При задержке психического развития наблюдается нарушение темпа качественной перестройки психических функций, при ко­тором психика ребенка сохраняет организацию более раннего возраста.* Замедление темпа формирования психических функций отмечается в интеллектуальной и эмоциональной сферах с фиксацией показателей развития на более ранних возрастных этапах.

Так как при задержке психического развития наблюдается замедление темпа психического развития, то постепенно складывается вр*е*менное и временн*о*е отставание в развитии ребенка от возрастных норм. Замедление темпа развития ребенка может изменить качество процессов развития. Другими словами, термин «задержка» имеет два аспекта: 1-й аспект – временн*о*й – несоответствие уровня развития возрастным нормам; 2-й – вр*е*менный – возможность преодоления задержки развития с возрастом при ус­ловии создания адекватных условий для развития детей. Последнее положение было сформулировано еще в самых первых работах, посвященных данной категории детей. Однако в современных источниках положение о вр*е*менной задержке развития и возможности ее преодоления с возрастом подвергается сомнению (например, М.М. и Н.Я. Семаго). По крайней мере, считается, что преодоление задержки развития возможно только при ее отдельных формах, и особенно тогда, когда отсутствует органическое поражение головного мозга.

### 7.2 Феноменология и клиническая характеристика задержанного психического развития

Задержка психического развития неоднородна, и именно поэтому выделяется несколько форм ЗПР – об этом подробно см. ниже. Однако у детей, относящихся к разным формам ЗПР, можно обнаружить общие черты, которые рассматриваются в данном подразделе. Дети с задержкой развития длительное время могут считаться совершенно обычными детьми и отличаться от нормально развивающихся сверстников лишь большей непосредственностью поведения, неусидчивостью, более «детским» типом поведения. Такие особенности легко объяснить и индивидуальностью ребенка, поэтому вплоть до поступления в старшие группы детского сада или в школу эти дети могут не выделяться среди других детей. Трудности становятся заметными, когда дети сталкиваются с необходимостью усвоения обязательной учебной программы, так как они явно усваивают материал учебного типа значительно медленнее, им требуется большее число повторений, и они быстро забывают его. А дети старшего дошкольного возраста оказываются неготовыми к школьному обучению. При поступлении в школу такие дети продолжают вести себя как дошкольники, а игра остается основным объектом их интереса, учебная мотивация отсутствует или слабо выражена.

Интересы детей чаще сосредоточены вне учебной деятельности. Все, что связано с учебной работой, им дается трудно, поэтому не вызывает у них интереса. Однако эти дети любят подвижные игры, занятия физкультурой, они с удовольствием занимаются простой домашней работой в быту, при этом отличаются послушанием и исполнительностью. Дети любят экскурсии, поездки, и впечатления от них остаются надолго. Такие дети эмоциональны, впечатлительны, непоседливы, импульсивны, они с трудом подчиняются установленным правилам поведения, поэтому их поведение отличается непосредственностью. Например, во время уроков в школе они могут вскочить, пройтись по классу, поговорить с товарищем, выкрикивать, задавать вопросы не к месту, часто переспрашивая учителя и не слушая ответ. Дети быстро утомляются, они не выдерживают длительного напряжения и занятий, требующих умственных усилий, тяжело переключаются с одного способа работы на другие, от одних условий выполнения задания к другим. Утомляясь, дети ведут себя по-разному: часть детей становятся вялыми, пассивными, безучастными, другая часть – беспокойными, расторможенными, вспыльчивыми и грубыми.

В условиях массовой школы дети понимают свои отличия от других детей, остро переживают свою несостоятельность, и это является еще одной причиной их нежелания посещать школу. Родители таких детей отмечают их неловкость, у них «все валится из рук», они часто падают, им трудно выполнять работу, требующую тонких движений рук и пальцев, например, рисовать, лепить, вырезать, они отличаются неаккуратностью во всем, что делают.

Дети с задержкой психического развития внешне мало отличаются или вообще не отличаются от своих сверстников. Это создает проблемы их восприятия окружающими, так как возникает противоречие: ребенок кажется обычным, а ведет себя непонятно, как будто он совсем маленький. Он также может восприниматься и как плохо воспитанный ребенок. Ребенок с задержкой развития выступает для взрослых как источник забот и осложнений, источник проблем в отношениях с ним.

*Сильные стороны детей с задержкой психического развития* обнаруживаются в периоды их нормальной работоспособности, то есть при отсутствии утомления и истощения. Дети хорошо проявляют себя при выполнении доступных и интересных заданий, не требующих длительного умственного напряжения и протекающих в спокойной доброжелательной обстановке. Дети способны самостоятельно или с незначительной помощью решать интеллектуальные задачи, они могут сравнительно быстро понять учебный материал, правильно выполнять упражнения, исправлять ошибки в работе, внимательно выслушивать объяснения, стремятся понять задачу, учебный материал.

*Клиническая характеристика.* У детей с задержкой психического развития отсутствует грубое органическое поражение головного мозга. В отдельных случаях неврологическая симптоматика отсутствует. В большинстве случаев диагностируются легкие неврологические симптомы в виде повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, повышенного мышечного тонуса, признаки двигательной неловкости. Поэтому о таких детях говорят, что это дети с «*минимальной мозговой дисфункцией*», или с «легкой дисфункцией мозга». Эти термины свидетельствуют, что у детей имеется легкое поражение головного мозга, которое вызывает его дисфункцию, то есть нарушение нормального функционирования. Другими словами, органическая основа задержки психического развития, как правило, налицо.

Минимальная мозговая дисфункция может быть следствием множества этиологических факторов, действие которых относится к периоду перинатального развития, то есть периоду от 28 недель беременности и периоду родов, а также в первые месяцы жизни ребенка, когда вредоносные факторы действуют на уже достаточно сформированный мозг, вызывая его поражение, а не недоразвитие. Эти органические поражения могут быть вызваны внутриутробной гипоксией плода, асфиксией, недоношенностью, результатом травматического, инфекционного и токсического поражения головного мозга на ранних этапах развития ребенка. Тяжелые последствия для мозга имеют травмы, и даже микротравмы головного мозга, которые приводят к изменениям его функционирования, и поэтому вызывают задержку психического развития. Таким образом, минимальная мозговая дисфункция – это сборная группа различных по причинам и клиническим проявлениям патологических состояний.

Задержка психического развития может быть вызвана тем, что нервная система длительное время остается незрелой, и психика ребенка также сохраняет черты незрелости. При ЗПР не всегда наблюдается органическое поражение головного мозга. Так, по данным М.Н. Фишман [24], признаки органического поражения центральной нервной системы выявлены на электроэнцефалограмме только у 51 % детей с задержкой психического развития. Задержка развития ребенка вызывается также педагогической запущенностью и длительными хроническими соматическими заболеваниями. В этом случае у ребенка изначально нет органического поражения мозга, хотя его развитие в крайне неблагоприятных биологических и социальных условиях приводит к нарушениям функционирования созревающего мозга.

### 7.3 Классификация форм задержанного психического развития

*Психопатологическая классификация* Ю.Г. Демьянова [13] включает разнообразные формы задержки психического развития. В своей классификации врач-психиатр акцентирует внимание на том, что кроме «чистых» форм ЗПР существуют и такие формы, которые являются результатом развития ребенка в условиях какого-либо заболевания. Например, задержка развития может стать результатом развития ребенка в условиях тяжелого нарушения слуха или зрения, при детском церебральном параличе. Задержка психического развития в данном случае выступает не только как клинический диагноз, но и как характеристика психики ребенка, у которого имеется сенсорная или двигательная недостаточность. В классификации Ю.Г. Демьянова описаны следующие формы ЗПР:

1. ЗПР с церебрастеническим синдромом.
2. Психофизический инфантилизм.
3. ЗПР с невропатическим синдромом.
4. ЗПР с психопатоподобным синдромом.
5. ЗПР при детских церебральных параличах.
6. ЗПР при общем недоразвитии речи.
7. ЗПР при тяжелых дефектах слуха.
8. ЗПР при тяжелых дефектах зрения.
9. ЗПР при семейно-бытовой запущенности.

Наиболее признанной и часто используемой в научных исследованиях и практической деятельности является классификация задержки психического развития К.С. Лебединской [1], в основу которой положен этиопатогенетический принцип, то есть основные этиологические факторы и патогенетические механизмы, вызывающие задержку развития и приводящие к определенной структуре дефекта. На основе этого критерия выделяются *4 основные формы ЗПР*:

1) задержка психического развития конституционального происхождения;

2) задержка психического развития соматогенного происхождения;

3) задержка психического развития психогенного происхождения;

4) задержка психического развития церебрально-органического происхождения.

***Задержка психического развития конституционального происхождения.*** Предполагается врожденно-конституциональная этиология данной формы. Но нередко ее происхождение связано и с негрубыми обменно-трофическими расстройствами во внутриутробном периоде и в первые годы жизни. Несколько чаще данная форма встречается у близнецов, что может быть объяснено патогенетической ролью гипотрофических явлений, связанных с многоплодной беременностью.

При конституциональном типе происхождения задержки развития ребенок отличается особым, инфантильным (детским) типом телосложения, у него детское лицо и детская мимика, инфантильная (детская) психика. Другое название для данной группы детей – психический инфантилизм. Наиболее характерным признаком этой формы ЗПР является сочетание *незрелости эмоцио­нальной и интеллектуальной сфер.* При этом эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая структуру эмоционального склада детей более младшего возраста. У детей преобладает эмоциональная мотивация поведения, отмечается повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость. Затруднения в обучении у них связаны не столько с их интеллектуальной несостоятельностью, сколько с незрелостью мотивационной сферы и личности в целом, со стойким преобладанием игровых интересов. Прогноз развития таких детей благоприятный, они со временем выравниваются в своем развитии и достигают уровня своих сверстников при благоприятных условиях обучения и воспитания.

***Задержка психического развития соматогенного происхождения.*** Соматогенная форма задержки развития наблюдается у тех детей, которые длительно и часто болеют тяжелыми соматическими заболеваниями (сахарный диабет, бронхиальная астма, онкологические заболевания, болезни кровеносной системы и другие). Психическое развитие ребенка происходит в условиях длительных хронических соматических заболеваний. До основного заболевания развитие ребенка протекало без особенностей, его нервная система также функционировала нормально, так как изначально не было ее органического поражения. Соматическое заболевание ребенка приводит к изменению всех условий развития ребенка. Во-первых, страдает нервная система и головной мозг, так как соматическое нездоровье оказывает вредоносное влияние на все системы организма, в том числе и на нервную систему и головной мозг. При заболеваниях почек, печени, онкологических заболеваниях вредоносное воздействие на мозг ребенка оказывает сильнейшая интоксикация, при легочных и сердечно-сосудистых заболеваниях наблюдается гипоксия, что приводит к нарушению деятельности развивающегося мозга ребенка. Во-вторых, уменьшается продолжительность времени активности ребенка, когда он может играть, учиться, общаться с другими людьми, так как это время тратится на обследование и лечение ребенка.

В-третьих, снижается психический тонус из-за общей болезненной слабости (астении), повышенной истощаемости и утомляемости, поэтому возможности развития ребенка резко ограничиваются. Например, по данным И.И. Мамайчук [9], дети раннего возраста с хронической почечной недостаточностью и врожденными пороками сердца в самостоятельной деятельности производили значительно меньше манипуляций с предметами по сравнению со здоровыми детьми, что можно объяснить астеническим синдромом. Общее нарастающее утомление ребенка отрицательно сказывается и на его потребностно-мотивационной сфере: у него снижается общая активность, и особенно познавательная активность. Нарастающая астения сказывается также и на динамической стороне всех психических процессов. Это проявляется в выраженных колебаниях внимания, в его сниженной концентрации, уменьшении объема памяти, в инертности мыслительных процессов.

В наиболее тяжелых случаях у детей наблюдаются также церебрастенические явления. *Синдром церебрастении* проявляется у ребенка не только в повышенной утомляемости, но и в нарастании психической медлительности, в ухудшении концентрации внимания, памяти, в немотивированных расстройствах настроения, слезливости, вялости, сонливости. Кроме того, у ребенка наблюдаются повышенная чувствительность к яркому свету, сильному шуму, духоте, головные боли. Все это негативно отражается на учебной успеваемости.

Патогенное влияние на развитие ребенка оказывает и длительный, болезненный и тяжело переживаемый ребенком процесс лечения, длительные и частые госпитализации. Детям предписываются многочисленные запреты и ограничения в питании, времяпровождении, общении, связанные с характером заболевания и лечения. Например, при тяжелых формах онкологических заболеваний крови дети находятся в изолированных помещениях, им запрещаются любые контакты. При хронической почечной недостаточности дети несколько раз в неделю получают сеансы гемодиализа, при которых ограничивается употребление жидкости, жесткие требования предъявляются к питанию, на сеансах требуется длительное пребывание в лежачем положении.

У ребенка также уменьшается круг общения, так как он часто находится в условиях стационарного лечения. Постепенно у детей также изменяется и содержание основных потребностей, круг их интересов строится вокруг основного заболевания, его меньше интересует все то, чем живут здоровые сверстники. Ребенка заботит и волнует его состояние, возможности выздоровления. При самых тяжелых соматических заболеваниях ребенок постоянно находится в состоянии лечения, и его жизнь строится как череда определенных процедур, обследований, консультаций.

Изменяется также и характер отношений взрослых и больного ребенка. Больной ребенок ставится центром семьи, и вся семья включается в заботу о нем. Взрослые озабочены состоянием ребенка, стремятся сделать все для того, чтобы он выздоровел, опекают его. Поэтому основным принципом в отношениях между взрослыми и детьми становится гиперпротекция, то есть избыточная забота. Гиперпротекция сама по себе приводит к снижению активности ребенка, он ждет, что за него все сделают взрослые. Родители занижают уровень требований к ребенку, формируя у него потребительскую позицию, неуверенность в своих силах, низкую самооценку. Поощряется эгоцентризм, фиксируется внимание ребенка на его болезни, ей придается особая значимость. Нередко у детей наблюдается и задержка эмоционально-волевого развития, связанная с неуверенностью, боязливостью, страхами, общей тревожностью, так как ребенок осознает и ощущает свою физическую неполноценность.

Таким образом, у детей с тяжелыми соматическими заболеваниями начинает постепенно накапливаться отставание в развитии при изначально нормальном развитии. Астенизация в сочетании с неблагоприятными социально-психологическими условиями приводит к искажению формирования личности ребенка. Прогноз развития у детей с соматогенной формой прямо зависит от степени тяжести, течения и исхода основного заболевания.

***Задержка психического развития психогенного происхождения*.** Эта форма задержки психического развития связана с неблагоприятными условиями жизни и воспитания ребенка как в семье, так и вне семьи. ЗПР психогенного происхождения часто возникает у тех детей, которые с раннего возраста подвергались психической и социальной депривации, что особенно типично для детей, которые воспитываются в учреждениях закрытого типа (детские дома, интернаты), в социально неблагополучных семьях. Депривация имеет длительные негативные последствия, которые проявляются в искажениях развития эмоционально-волевой, а в дальнейшем и интеллектуальной сферы. Еще в прошлом веке Р. Шпитц ввел понятие «госпитализм», обратив внимание на отставание в двигательном и эмоциональном развитии внешне здоровых детей, которые получали физический уход, но не получали общения и эмоционального принятия со стороны взрослых. В дальнейшем эти дети начали отставать и в интеллектуальном развитии [5].

Данная форма ЗПР имеет преимущественно социальное происхождение, она не связана непосредственно с незрелостью или поражениями головного мозга. Однако это не исключает патогенного действия социальных факторов на мозг ребенка. Известно, что при раннем возникновении и длительном действии психотравмирующие факторы могут привести к стойким изменениям и в нервно-психической сфере ребенка. Так как мозг ребенка формируется прижизненно, то в условиях депривации будут нарушены процессы образования нейронов и формирования связей между нейронами, что приведет к особому строению мозга, имеющему и меньшее количество нейронов, и связей между ними.

Многочисленные исследования развития детей [25], воспитывающихся в учреждениях закрытого типа, показывают, что эти дети с рождения отстают в своем развитии. В младенчестве у таких детей резко снижена потребность в общении, у них не формируются отношения привязанности с близкими взрослыми, в раннем возрасте у них отмечается апатичность и бездеятельность, безынициативность, снижение общей и познавательной мотивации, отставания в речевом развитии. В дошкольном возрасте отмечается подавленность, сниженная эмоциональность, пассивность, не формируются эмпатические способности. В младшем школьном возрасте у детей не развивается произвольность, отмечается недостаточность интеллектуальной сферы, эти дети склонны к конфликтному и агрессивному поведению. Одновременно они испытывают большую потребность в доброжелательном внимании со стороны окружающих, их потребность в общении е удовлетворяется. В подростковом возрасте у детей отмечаются разнообразные проблемы формирования личности, ее самосознания, складывается нечеткая ориентация на будущее, причем все эти особенности сохраняются и во взрослой жизни.

Этот тип задержки психического развития считается достаточно благоприятным с точки зрения преодоления временного отставания в развитии. При своевременно начатой коррекционной работе (по принципу «как можно раньше») и грамотно проводимой коррекционной работе, при создании для ребенка адекватных благоприятных условий воспитания задержка развития может быть преодолена или значительно уменьшена. Однако воспитание вне условий семьи в самом раннем возрасте не может быть преодолено окончательно, ибо возникающее в этом возрасте состояние эмоционального неблагополучия ребенка сохраняется в разных формах на протяжении всей жизни человека.

У детей с психогенной формой задержки психического развития не наблюдаются грубые нарушения интеллекта или его предпосылок (памяти, внимания, работоспособности) – эти функции остаются относительно сохранными. Главным фактором, который приводит к снижению интеллектуальной продуктивности, к школьной неуспеваемости, является снижение мотивации и искажения в формировании эмоционально-волевой сферы.

Эту форму задержки психического развития необходимо отличать от явлений педагогической запущенности. При педагогической запущенности наблюдается недостаточность знаний и умений ребенка, снижен круг представлений вследствие недостаточности информации и бедной среды, окружающей ребенка. При восполнении информации ребенок быстро усваивает и приобретает знания и умения, накапливает впечатления. Задержка психического развития психогенного происхождения является следствием длительных патологических состояний, действующих системно, и она не может быть преодолена только за счет передачи информации и создания благоприятных условий среды.

***Задержка психического развития церебрально-органического происхождения.***Самой тяжелой и трудно преодолеваемой формой является задержка развития церебрально-органического происхождения, при которой у ребенка имеется органическое поражение центральной нервной системы. Повреждения мозга у ребенка могут быть разной этиологии, но преимущественно они происходят в перинатальный период, то есть на поздних сроках внутриутробного развития, в период родов и в первые дни после рождения. В большинстве случаев задержка в развитии у таких детей полностью не может быть преодолена, она может быть компенсирована только частично. Более благоприятным является вариант, когда у ребенка на первый план выходит нарушение внимания и двигательная расторможенность, и в меньшей степени страдает память и мышление.

И.Ф. Марковская [10] описывает два варианта задержки психического развития церебрально-органического генеза.

*1-й вариант* – с преобладанием явлений органического инфантилизма: у детей наблюдается меньшая тяжесть мозговых поражений, прогноз развития и преодоления задержки развития более благоприятный. У детей преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма, нарушения высших психических функций носят мозаичный и в основном динамический ха­рактер, обусловленный низким психическим тонусом и повышенной истощаемостью, недоразвитием регулятивных механизмов психи­ки. Первичные нарушения интеллекта отсутствуют: измерение коэффициента интеллекта с помощью теста Векслера показало, что у детей с этим вариантом задержки развития общий, вербаль­ный и невербальный интеллект находятся в среднем в пределах возрастной нормы. Но дети показывают низкие резуль­таты по отдельным субтестам, что отражает колебания умственной работоспособности и внимания. Данный вариант наблюдается также у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.

Для *2-го варианта* ЗПР церебрально-органического генеза характерна большая тяжесть мозговых поражений, их локализация в теменной и височной областях головного мозга, для них прогноз менее благоприятен. При этом варианте преобладают нарушения познавательной деятельности, то есть памяти, мышления и воображения. Наблюдается *первичная дефицитарность* высших пси­хических функций: трудности восприятия усложненных объектов, нарушения зрительно-моторных координаций, пространственной ориентировки, фонематического слуха, слухоречевой памяти, активной речи, недостаточность словесно-логического мышления. По­казатели коэффициента интеллекта (общего, вербального и невербального), измеренные с помощью теста Векслера, находятся в пограничной зоне между нормой и умственной отсталостью.

### 7.4 Психологическая характеристика задержанного психического развития

Уже на первом году жизни в развитии ребенка с задержкой психического развития наблюдаются отставания в развитии двигательных функций, эмоциональной сферы, познавательной активности. По данным И.И. Мамайчук [9], на первом году жизни у детей отмечается:

* + задержка формирования двигательных функций, что проявляется в замедленном угасании безусловных рефлексов;
  + замедленное и часто непоследовательное формирование локомоторных функций, таких как удержание головы, переворот туловища, сидение, вставание, ползание, ходьба;
  + более позднее развитие фиксации взгляда, проявляющееся в трудностях прослеживания предметов;
  + недоразвитие зрительно-моторных координаций, или связей, между зрением и движением;
  + снижение познавательной активности;
  + незрелость эмоционально-волевой сферы, проявляющаяся в позднем появлении улыбки и комплекса оживления, в запаздывании эмоциональных реакций на окружающее.

На втором году жизни у детей наблюдается задержка в развитии локомоторных функций, ребенок начинает ходить на один–три месяца позже по сравнению с нормально развивающимися детьми. В этот период у ребенка на первый план выступает недостаточность познавательной деятельности и речи, отмечается запаздывание появления первых слов, недопонимание обращенной речи. В поведении наблюдается отсутствие или недостаточность подражания взрослым, выражены затруднения в приобретении навыков опрятности и самообслуживания.

К трехлетнему возрасту характерными признаками задержки психического развития являются: недоразвитие речевых функций; недоразвитие навыков самообслуживания; недоразвитие познавательных процессов (восприятия, памяти, внимания); недоразвитие игровой деятельности; несформированность типичных для возраста форм социального поведения.

Таким образом, уже в раннем возрасте наблюдается отставание в развитии ребенка во всех областях – от двигательной до эмоционально-волевой. Происходит накопление незначительных отклонений во всех сферах развития, в дальнейшем они становятся более выраженными и стойкими.

***Характеристика психического развития детей с задержкой психического развития по результатам психологических исследований.*** *Деятельность и поведение* детей с задержкой психического развития характеризуется сни­жением активности, особенно спонтанной, во всех видах деятельности. Для таких детей типично импульсивное поведение, часто наблюдается психомоторная расторможенность, типична также неспособность к волевому усилию и к систематической деятельности. Дети, как правило, формально усваивают правила поведения, но не всегда подчиняются им. Другими словами, они могут хорошо объяснить, как надо себя вести, какое поведение является правильным и одобряемым, но им крайне трудно этим правилам подчиняться. Все это объясняет, почему в их поведении преобладают эмоциональные формы регуляции.

Дети склонны к деятельности, нетребующей интеллектуального напряжения. При осуществлении учебной деятельности у них сохраняются игровые мотивы. Они отличаются неумением принимать инструкцию взрослого, следовать ей, выполнять учебные действия для решения учебных задач, с трудом переключаются на новые способы выполнения любого действия, соскальзывают на при­вычные им способы работы.

Особенности морального поведения младших школьников с ЗПР изучались в работе Е.А. Винниковой и Е.С. Слепович [2]. Ими установлено, что представления о социальных нормах у младших школьников с ЗПР носят размытый характер, причем аморальные способы решения нравственной проблемы осознаются ими часто как социально приемлемые. Функционирование моральных норм тесным образом зависит от характера ситуации, в которой они используются: чем конкретнее ситуация, тем большая вероятность выполнения детьми с ЗПР моральных норм. Развитие у детей с ЗПР как вербального, так и реального поведения движимо в основном прагматическими мотивами, и в тех случаях, когда совершается нравственный поступок, и тогда, когда совершается безнравственный поступок. Моральное поведение младших школьников с ЗПР, кроме того, что оно соответствует более младшему возрасту, характеризуется такими специфическими особенностями, как выраженная зависимость функционирования моральных норм от внешнего контроля, размытость моральных норм, зависимость функционирования моральных норм от условий ситуации, в которой она реализуется, видение окружающих сверстников как людей, способных в основном на аморальное поведение, становление нравственности в сторону ее прагматичности.

Специальное исследование Е.С. Слепович [16] посвящено особенностям игры детей с задержкой психического развития. Ею установлено, что дети дошкольного возраста с ЗПР играют на уровне, соответствующем игре детей конца раннего – начала дошкольного возраста. Они испытывают трудности создания воображаемой ситуации, принятия на себя игровой роли, создания и развертывания плана иг­ры, склонны сводить условный план игры к реальному плану предметной деятельности. В целом у них снижена активность в игровом поведении, сюжетная игра как совместная деятельность не возникает. У детей обнаруживаются ярко выраженные трудности в самостоятельном создании плана и замысла игры, в целенаправленном его развертывании, сюжеты игр не выходят за пределы бытовой тематики, являются ситуативными и нестойкими. Игра в основном носит неречевой характер. Без помощи взрослых дети склонны условный план игры сводить к реальному плану предметной деятельности.

У детей с задержкой психического развития наблюдается стойкое снижение интереса к продуктивным видам деятельности, они не любят рисовать, лепить, делать аппликации. Снижение мотивации детей может быть связано также с тем, что ихрезультаты в этих видах деятельности весьма скромные, уровень их выполнения соответствует более низкому возрастному уровню. Так, рисунок шестилетнего ребенка с ЗПР будет таким же, как рисунок 3–4-летнего нормально развивающегося ребенка. В свою очередь трудности восприятия объектов, особенно пространственного восприятия, а также нарушение тонких движений рук и пальцев приводят к трудностям в продуктивных видах деятельности. Рисование ребенка длительно задерживается на стадии каракулей, дети долго не могут формулировать замысел рисунка, использовать графические шаблоны для изображения, им трудно выполнять графические изображения линий и их сочетаний, линии у них получаются нечеткие, неровные, с разным нажимом, рисунки кажутся неряшливыми.

Характеристика *общения детей с задержкой психического развития* дается в работах Л.В. Кузнецовой [12] и Е.С. Слепович [16]:

* у детей снижена потребность в общении со взрослыми и сверстниками;
* у них повышена тревожность по отношению ко взрослым, от которых они зависят;
* в случае затруднений в деятельности такой ребенок склонен скорее прекратить работу, чем обратить за помощью ко взрослому;
* преобладают деловые мотивы общения, то есть дети обращаются ко взрослому за помощью в выполнении какого-либо действия с предметами, резко уменьшено значение познавательных мотивов общения, которые становятся ведущими в норме уже в 4–5-летнем возрасте; практически отсутствуют личностные мотивы общения, то есть дети не стремятся получить от взрослого оценку своих качеств;
* дети очень чувствительны к невербальному общению, они тонко воспринимают нюансы интонации и мимики взрослых и в меньшей степени ориентируются на речевое содержание обращений к ним;
* у детей снижена потребность в общении со сверстниками, низка эффективность общения детей друг с другом во всех видах деятельности.

Особенности развития *психических процессов у детей с ЗПР* изучались Т.В. Егоровой, И.А. Коробейниковым, Н.Г. Лутонян, В.Л. Подобед, Л.И. Переслени, С. Тржесоглавой, С.Г. Шевченко и др. [12; 13; 20].

Зрительная, слуховая, зрительно-двигательная *чувствительность* у детей с задержкой развития такая же, как и у нормально развивающихся детей, но наблюдаются различные дефекты *восприятия.* Отставание в развитии зрительного восприятия – одна из причин затруднений в учении. К ним относятся:

* неполноценность тонких форм зрительного и слухового восприятия;
* затруднения в узнавании предметов, находящихся в непривычном ракурсе;
* затруднения в узнавании контурных или схематических изображений;
* затруднения в узнавании перечеркнутых или наложенных друг на друга изображений;
* затруднения в узнавании сходных по начертанию букв и цифр, а также букв и цифр, написанных непривычным шрифтом;
* затруднения в построении целостного образа и выделения фигуры из фона (например, нарисованные в форме треугольника три точки нормально развивающийся ребенок сразу назовет «треугольник», а для ребенка с задержкой в развитии требуется больше времени для такого заключения);
* трудности вычленения частей из целого, трудности обследования предметов;
* в условиях недостатка времени для восприятия объекта резко снижается точность восприятия, уменьшаются возможности для его узнавания;
* недостаточность пространственного восприятия, трудности выделения отдельных элементов и их взаимного расположения в сложном объекте.

Таким образом, у детей с задержкой психического развития наблюдается нарушение восприятия при сохранности зрительной, слуховой, кожно-кинестетической и других видов чувст­вительности. Нарушены такие свойства восприятия, как целостность, константность, структур­ность. Возрастание выраженности нарушений восприятия происходит при усложнении объектов и условий их восприятия.

*Особенности памяти:*

* уменьшение объема памяти, скорости и прочности запоминания;
* ниже продуктивность непроизвольного запоминания слов, текста, картинок. Так, первоклассники с ЗПР запоминают хуже, чем нормально развивающиеся дошкольники на 2–3 года младше по возрасту;
* наглядная память имеет преимущества над словесной в 1,5 раза;
* затруднено дословное воспроизведение текста, наблюдается замена и перестановка слов;
* снижена продуктивность и устойчивость произвольного запоминания;
* дети не умеют применять приемы осмысленного запоминания (например, в методике «опосредованное запоминание», когда надо подобрать картинку к слову для того чтобы лучше его запомнить, дети подбирают картинку правильно, но слова воспроизводят неправильно; при опосредованном запоминании они не могут использовать классификацию как средство для запоминания; вплоть до четвертого класса дети с ЗПР заучивают механически, когда нормально развивающиеся дети уже используют приемы осмысленного запоминания);
* у детей с задержкой развития объем запоминаемого материала перестает увеличиваться после некоторого числа повторений, иногда он даже уменьшается из-за утомления и истощения.

*Особенности мышления:*

* у детей снижен уровень познавательной активности, они недостаточно любознательны;
* дети не задают совсем или задают очень мало познавательных вопросов, а расторможенные и разговорчивые дети, задавая вопросы, интересуются только внешней стороной явлений и событий;
* отсутствует или снижена готовность к решению интеллектуальных задач, дети склонны превращать решение задач в игру;
* при решении мыслительных задач у детей отсутствует этап ориентировочной деятельности (например, при решении головоломок);
* особенности мыслительных операций у детей с ЗПР:
* а) анализ характеризуется меньшей полнотой и недостаточной тонкостью, дети выделяют вдвое меньше признаков по сравнению с нормально развивающимися детьми, выделение признаков и свойств предметов происходит нецеленаправленно и хаотично;
* б) при обобщении родовые понятия носят диффузный характер, особенно трудно детям дается включение предметов в разные системы обобщений;
* в) дети недостаточно владеют операцией абстрагирования;
* при выполнении классификации дети могут правильно сгруппировать предметы по родовой принадлежности, но не могут обозначить выделенную группу соответствующим словом, объяснить принцип, по которому происходит такое выделение;
* при выполнении задания на исключение лишнего предмета введение дополнительных предметов, например, 6-й лишний вместо 4-го лишнего, помогает детям правильно выделить предмет и объяснить принцип, по которому происходит выделение;
* недостаточная гибкость мышления, склонность к стереотипным, шаблонным способам решения, неправомерная актуализация имеющихся знаний;
* недоразвитие конструктивного мышления из-за нарушений пространственного восприятия (дети не могут выложить сложные узоры, могут выполнить только простые; успешность выполнения заданий по образцу зависит от того, соответствует ли образец складываемому изображению по размеру, обозначены ли на нем части, из которых он составляется).

Особенности *развития речи детей с задержкой психического развития* изучались в работах Е.С. Слепович [17], Р.Д. Тригер [12], ими установлены следующие закономерности. Бытовая речь детей с ЗПР мало отличается от речи нормально развивающихся детей. Отмечаются нарушения звукопроизношения, трудно дается звуковой анализ слов, дети недостаточно владеют звуковым образом слова и допускают ошибки при последовательно выделении звуков в слове. Словарный запас у детей снижен, особенно это заметно по активному словарю; дети употребляют некоторые слова неточно, смешивают при употреблении сходные по произношению слова, отличающиеся одним-двумя звуками. В речи детей отсутствует ряд грамматических категорий, особенно страдает употребление прилагательных. Дети испытывают трудности в понимании сложных речевых оборотов, логико-грамматических конструкций, хотя при этом понимают простую фразу. Для детей с ЗПР особенно характерна недостаточность монологической речи, то есть умение составить рассказ на заданную тему, описать картинку, рассказать последовательно о событии и т.п.

Нарушение *внимания* является типичным и обязательным для детей с задержкой психического развития, что выступает как следствие энцефалопатических расстройств (И.Л. Баскакова, С.А. Домишкевич, И.А. Коробейников, Л.И Переслени).Нарушение концентрации внимания происходит вследствие общего утомле­ния ЦНС; неадекватные колебания внимания отражают незрелость нервной системы. У детей объем внимания ограниченный, они неспособны сосредоточиться на существенных признаках предметов и явлений, легко соскальзывают на несущественные и случайные признаки. Характерно также отсутствие способности переключать внимание с одного предмета на другой.

### 7.5 Структура нарушения и дифференциальная диагностика при задержанном психическом развитии

***Структура нарушения*** при задержанном психическом развитии определяется тем, что задержка развития у детей начинает проявляться очень рано, поэтому становление всех психических процессов происходит не только медленно, но и неравномерно: психические функции у детей развиваются с отставанием, однако их отдельные звенья остаются и сохранными. Так, более развитыми оказываются наглядные формы мышления по сравнению с логическими формами. Наиболее нарушенными оказываются эмоционально-личностная сфера, общие характеристики деятельности, работоспособность, по сравнению с относительно более высокими показателями мышления и памяти. Дети обладают достаточно высокими потенциальными возможностями развития, так как для них характерна более высокая обучаемость по сравнению с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Это проявляется в том, что любые задания они выполняют значительно лучше с помощью взрослых, чем самостоятельно.

*К первичному нарушению* относится нарушение предпосылок развития интеллекта, то есть мозаичность и парциальность недостаточности высших психических функций при отсутствии первичного нарушения интеллекта: недоразвитие зрительного и слухового восприятия, фонематического слуха (снижение возможностей звуко-буквенного анализа), снижение возможностей непосредственного запоминания, выраженные нарушения внимания и работоспособности. Нарушение предпосылок интеллекта приводит к различным вторичным нарушениям;

- *вторичное нарушение*: нарушение развития зрительно-моторных координаций, пространственной ориентировки, опсредованной памяти, нарушение более сложных психических функций, таких как наглядное и словесное мышление, понимание речи и активная речь, чтение и письмо; задержка в развитии регулятивной функции речи, которая приводит к снижению опосредованности поведения при преобладании эмоциональных форм регуляции. Весь этот комплекс культуральных образований обусловливает замедление темпов психического развития.

Хронический неуспех, изоляция в детском коллективе, гиперкомпенсаторные реакции в форме отклонений в поведении, снижения интересов, фиксации на игре, искажения самооценки выступают как *третич­ное нарушение.*

Структура нарушения (дефекта) при задержке психического развития описывается Е.С. Слепович с позиций иерархических нарушений психических функций, она выделяет три основных компонента структуры дефекта: 1) недостаточная сформированность мотивационно-целевой основы деятельности; 2) недостаточная сформированность сферы представлений (их диффузность, ригидность, конкретность); 3) трудности в становлении знаково-символической длеятельности. Эти особенности проявляются во всех сферах психической деятельности ребенка: игра, общение, речь, представления о себе, моральная регуляция поведения.

***Дифференциальная диагностика*** проводится со следующими видами отклоняющегося развития: а) задержка психического развития – интеллектуальная недостаточность при олигофрении; б) задержка психического развития – общее недоразвитие речи.

*Задержка психического развития – интеллектуальная недостаточность при олигофрении.* Сходство данных видов отклоняющегося развития состоит в том, что в обоих случаях у детей имеется снижение уровня умственного развития, то есть определенная степень интеллектуальной недостаточности. В западной психологии интеллектуальная недостаточность и задержка психического развития рассматриваются вместе, в одном разделе учебника, и для их обозначения используется термин «умственная недостаточность». Для решения практических задач, и, в первую очередь, для определения образовательного маршрута детей, необходимо проводить дифференциальную диагностику между интеллектуальной недостаточностью и задержкой психического развития. Детей с разными видами отклоняющегося развития направляют в соответствующие их уровню возможностей образовательные учреждения: дети с интеллектуальной недостаточностью – во вспомогательные школы или в специальные классы в общеобразовательных школах; дети с задержкой психического развития – в школы или классы для детей с трудностями в обучении. Если неправильно определяется программа специального образования для детей, то этим наносится существенный вред их дальнейшему развитию, социальной и профессиональной адаптации. Дети с интеллектуальной недостаточностью, обучаясь в классе для детей с трудностями в обучении, не в состоянии освоить программу обучения, у них складывается негативное отношение к школе и школьному обучению, могут появиться трудности в поведении. Дети с задержкой психического развития, обучаясь в школе для детей с интеллектуальной недостаточностью, получают образовательные услуги, которые ниже их реальных возможностей, и поэтому имеющаяся у них задержка психического развития не преодолевается.

Для разделения детей с интеллектуальной недостаточностью и детей с задержкой психического развития можно ориентироваться на два основных признака. *Первый признак* – это разный уровень обучаемости. Обучаемость определяется как способность к обучению, к усвоению знаний, умений и навыков, и в конечном итоге, к дальнейшему развитию. Степень обучаемости зависит от актуального уровня развития ребенка, но в большей степени от его потенциального, или уровня ближайшего развития. Чем больше величина зоны ближайшего развития, тем выше уровень обучаемости. Зона ближайшего развития как раз и определяется как разница между тем, что ребенок может делать с помощью взрослых и тем, что он может делать самостоятельно. Так как потенциальные возможности детей с задержкой психического развития выше, чем у детей с интеллектуальной недостаточностью, то и показатели обучаемости у них будут значительно выше. Дети с интеллектуальной недостаточностью отличаются низкой способностью к обучению, к усвоению знаний, умений и навыков.

Как можно определить степень обучаемости у детей? Во-первых, это можно сделать, наблюдая за ребенком в процессе обучения, в процессе повседневной жизни. Как быстро он чему-то обучается, сколько надо потратить времени, чтобы он чему-то научился? Сколько нужно затратить усилий, чтобы научить ребенка навыкам самообслуживания, игровым действиям, простым трудовым операциям, школьным навыкам и т.п.? Как быстро ребенок забывает, или, наоборот, как долго он помнит усвоенный материал?

Во-вторых, определить уровень обучаемости детей можно в процессе проведения простого обучающего эксперимента. Идея обучающего эксперимента принадлежит А.Ю. Ивановой [22], которая предложила определять уровень обучаемости детей на основе количества помощи, которая необходима ребенку, чтобы выполнить предложенное задание. Количество помощи определяется в методике Ивановой по числу подсказок, который взрослый делает ребенку. Чем больше подсказок требуется ребенку, тем меньше его обучаемость, тем ниже потенциал развития ребенка. По аналогии с описанным экспериментом можно провести свой обучающий эксперимент. Нужно предложить ребенку выполнить задание, которое он не может выполнить полностью самостоятельно, например, это может быть построение узоров из кубиков, составление рассказа по картинке, раскладывание картинок по группам и т.п. Затем взрослый обучает ребенка выполнению этого задания, причем помощь оказывается дозировано, то есть маленькими порциями. Фиксируется, сколько «порций» помощи потребовалось ребенку, чтобы выполнить это задание полностью самостоятельно. Если потребовалось небольшое число подсказок, то обучаемость высокая, если нужно было много раз подсказывать ребенку, то у него низкий уровень обучаемости. Безусловно, оценка обучаемости при таком подходе будет довольно приблизительной и во многом будет зависеть от опыта специалиста, проводящего обучающий эксперимент.

*Второй признак*, по которому можно проводить дифференциальную диагностику между интеллектуальной недостаточностью и задержкой психического развития, это уровень критичности ребенка. Как известно, при интеллектуальной недостаточности у детей имеется нарушение личности, которое проявляется в низкой критичности по отношению к себе и своим достижениям. В этой связи они не вырабатывают отношения к результатам своей деятельности: они не всегда огорчаются при неудаче и не всегда способны самостоятельно радоваться успеху, особенно вне ситуации, когда кто-то их за это похвалит. У детей с задержкой психического развития критичность значительно выше: у них формируется оценка себя и своих достижений, поэтому они ведут себя по-другому в ситуации успехов и неудач.

Дифференциальная диагностика между интеллектуальной недостаточностью и задержкой психического развития представляет большие сложности, особенно если приходится проводить различение между тяжелыми степенями ЗПР и легкой умственной отсталостью. Дополнительные сложности возникают в тех случаях, когда ребенок не получал педагогической помощи, специального обучения, и у него могла накопиться педагогическая запущенность. В таких случаях детям определяется «диагностический срок», на протяжении которого за ними наблюдают, оценивают их успехи в обучении, их потенциальные возможности, и только на основе длительного наблюдения окончательно определяют диагноз и программу обучения.

*Задержка психического развития – общее недоразвитие речи.* Сходство данных нарушений в том, что у детей имеется легкое отставание в развитии, они несколько отличаются от нормально развивающихся детей данного возраста. Дифференциальную диагностику нужно проводить для того, чтобы определить программу обучения для ребенка. Различие между ними состоит в том, что при нарушении речи у детей имеется задержка в развитии речевых функций, словесно-логического мышления, а в школьном возрасте у них страдает чтение и письмо. При этом невербальные функции у них развиваются удовлетворительно, в соответствии с возрастными нормативами. Более того, по закону компенсации невербальные функции у них могут быть даже более развитыми, чем обычно у детей данного возраста. Так, дети с «чисто» речевым нарушением умеют хорошо рисовать, лепить, организуют игры, не требующие использования речи. Дети с задержкой психического развития отстают в развитии по всем показателям, как вербальным, так и невербальным. У них будет отставать в развитии не только речь и речевые функции, но и невербальные функции. Им трудно рисовать, лепить, что связано с недоразвитием восприятия, тонкой моторики и зрительно-моторных координаций.

*۞* ***Иллюстрация***

Яна К., 4,5 года, направлена на прием психолога врачом-неврологом с подозрением на отставание в развитии. Мама девочки уверена в ненужности консультации, так как воспитатели детского сада неоднократно говорили ей о том, что ее дочь развивается даже лучше, чем другие дети в группе. Объясняли они это тем, что девочка очень хорошо рисовала, ее рисунки по уровню исполнения были лучше, чем у других детей. Яна также предпочитала тихие спокойные занятия в одиночку, не доставляя воспитателям трудностей, как это делали дети шумные, активные, подвижные.

Психологическое обследование обнаружило существенное отставание в речевом развитии девочки: низкий словарный запас, речь аграмматична, фраза короткая, речевая инициатива низкая. Предпочитает в общении пользоваться жестами, речь использует только тогда, когда ее просят дать речевой ответ. Девочка направлена на медико-психологическую комиссию, затем определена в логопедическую группу детского сада с диагнозом «общее недоразвитие речи». Катамнез: обучается во 2 классе общеобразовательной школы, крайне трудно осваивает школьную программу по языкам, с трудом читает и пишет под диктовку. Письмо-списывание не страдает.

* 1. **Психологические основы помощи детям при задержанном психическом развитии**

Авторская программа психологической коррекции детей с задержкой психического развития (Е.С. Слепович, А.М. Поляков [18]) построена на основе деятельностного принципа, принципа учета основных психологических новообразований дошкольного возраста и направлена не столько на формирование у детей системы знаний, умений и навыков, сколько на становление ребенка как сознательно действующего социального субъекта. Направления коррекционной работы:

1 – формирование системы отношений ребенка с окружающим социальным и предметным миром (мотивационно-смысловая сторона деятельности) через формирование игры как совместной деятельности и потребности в игре), а также создание определенного отношения взрослого к ребенку и формирование у него образа Я;

2 – формирование у ребенка способностик самостоятельному построению замысла деятельности через формирование игры как деятельности (создание замысла и предметного содержания игры), продуктивную деятельность и развитие творческого мышления и воображения;

3 – формирование практических и умственных действий (операционально-техническая сторона деятельности) через предметную деятельность, сюжетно-ролевые и дидактические игры;

4 – формирование произвольности поведения и психических функций (овладение собственной деятельностью) посредством режиссерских игр, продуктивной деятельности и формирование произвольности психических функций (восприятия, речи и др.).

При проведении коррекционной работы необходимо опираться на высокий уровень обучаемости детей с ЗПР, который характеризует величину зоны ближайшего развития ребенка. У детей с задержкой психического развития величина этой зоны значительно больше, чем, например, при интеллектуальной недостаточности. Поэтому дети хорошо принимают помощь взрослых, и для усвоения материала им требуется небольшое число повторений.

*Основными задачами* психокоррекции являются формирование познавательных мотивов и формирование структуры деятельности. Это значит, что необходимо обучать детей умению принимать инструкцию взрослого, умению достигать цели, соотносить цель с достигнутым результатом. Особенно важна организация ориентировки ребенка в предлагаемом задании, обучение осознанию способов собственных действий, планирование деятельности во времени. Формирование структуры деятельности лучше всего осуществлять в процессе продуктивных видов, направленных на получение конкретного продукта, в котором ребенок может видеть результаты своей деятельности и соотносить их с поставленными целями.

При организации обучения детей с задержкой психического развития (с трудностями в обучении) необходимо предлагать щадящий режим дня, уменьшать продолжительность занятий, осуществлять смену видов деятельно­сти детей для профилактики их преждевременной истощаемости. Нужно создавать условия для полноценного восприятия детьми учебного материала: подача учебного материала дозируется по времени и объему, сообщаемая информация многократно повторяется с изменениями и до­полнениями, применяются разные способы предъявления материала. Важно использование разнообразного наглядного материала, который не должен содержать ненужных деталей. Наглядный материал должен иметь словесное сопровождение. Новый материал необходимо предлагать поэтапно, разбивая задания на части.

Дети с задержкой психического развития особенно чувствительны к невербальному общению, они хорошо понимают эмоциональный смысл обращенной к ним речи. Поэтому необходимо позаботиться о насыщении обращенной к детям речи экспрессивными элементами, использовать в общении с ними тактильный контакт. В работе с детьми необходимо создавать для них ситуацию успеха, так как достижение успеха является важным средством профилактики чувства неполноцен­ности, способствует снижению тревожности в общении со взрослыми.

### 7.7 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания

1. В чем различие между вр*е*менными и временн*ы*ми аспектами задержки развития у детей?
2. Какие существуют точки зрения о возможности преодоления задержки психического развития?
3. Какие формы ЗПР вы знаете?
4. Объясните, как нарушения развития восприятия связаны со школьными трудностями детей с ЗПР?
5. По каким признакам можно отличить ребенка с задержкой психического развития от ребенка с интеллектуальной недостаточностью?

***Практическое задание № 1.*** Проанализируйте приведенные ниже выписки из историй болезни детей с диагнозом задержки психического развития. Анализ проведите по следующему плану:

* Какие проблемы развития и поведения обнаруживают эти дети?
* Какие жалобы предъявляют взрослые – учителя и родители?
* Каковы этиологические факторы, вызвавшие задержку психического развития у детей?
* Какие функции относительно сохранны у детей?
* Какие функции нарушены у этих детей?
* Как можно объяснить их школьную неуспеваемость (с точки зрения структуры дефекта)?
* Какие задачи коррекционной работы с каждым ребенком нужно поставить психологу?

1. *Выписка из истории болезни (автор Ю.Г. Демьянов).*Н.В., 11 лет направлен в детскую психиатрическую больницу в связи с трудностями в поведении и плохой школьной успеваемостью. Клинический диагноз: задержка психического развития с невропатическим синдромом. Больной от второй беременности, протекавшей без осложнений. Роды на 7-м месяце после падения матери на улице. Закричал после похлопывания. Вскармливался искусственно. До трех лет перенес диспепсию, дизентерию, корь, ветряную оспу, в дальнейшем – частые простудные заболевания. Темп раннего психомоторного развития без заметных нарушений. С грудного возраста отличался плаксивостью, капризностью, наблюдались частые срыгивания после кормления, сон чуткий и беспокойный, до 4-х лет ночные страхи, непостоянно – ночное недержание мочи. В яслях и детском саду был капризен, нетерпелив, раздражителен, драчлив. В массовой школе с 7 лет. С трудом приобретал навыки чтения, письма и счета. Без соответствующих знаний формально переводился во второй и третий классы, обучение в последнем дублирует. К занятиям интереса не проявлял, на уроках отвлекается, грубит учителям в ответ на замечания, ссорится и дерется с детьми, нередко сбегает с уроков. Психологическое обследование: легко вступает в контакт с окружающими, охотно играет с ребятами в различные игры. Во время игр легко возбудим, много спорит и кричит, затевает драки. Всегда с интересом смотрит телепередачи, слушает чтение книг. Перед сном долго ворочается в постели, шалит с соседями. Сон с яркими сновидениями, во время сна разговаривает, вскрикивает, иногда падает с постели. К клиническим беседам относится с интересом. Излишне суетлив, мимика живая и выразительная. Хорошо ориентирован в бытовых вопросах. Быстро и точно выполняет операции классификации и сравнения предметов, раскрывает нелепости в картинках и рассказах, выносит правильные суждения при анализе сказок и басен, понимает переносный смысл пословиц и метафор. В то же время обнаруживает повышенную истощаемость внимания. Чтение и письмо с элементами дисграфии и дислексии на почве недостаточности анализа и синтеза слов. Техника устного счета слабая. Затрудняется в оставлении плана решения арифметических задач в несколько действий и последовательной реализации этого плана [13].
2. *Выписка из истории болезни (автор Ю.Г. Демьянов).* К.В., 10 лет. Клинический диагноз: задержка психического развития с церебрастеническим синдромом. В анамнезе: мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом на протяжении всего срока, на 5-м месяце мать перенесла грипп. Роды со стимуляцией, преждевременное излитие околоплодных вод. С первого года страдает частыми пневмониями, в 4 года перенес сотрясение головного мозга. Темп и характер раннего развития без особенностей. Посещал ясли и детский сад. В массовой школе с 7 лет, в первом классе обучается 3-й год. Тяжело переносит свою неуспеваемость. Стал чрезмерно плаксивым, раздражительным, обидчивым, иногда отказывается посещать школу. Психологическое обследование: легко вступает в контакт, впечатлителен, обидчив. Отмечаются небольшие затруднения в узнавании пунктирных и наложенных друг на друга контурных изображений. Нарушена дифференцировка некоторых фонем. Снижен объем непосредственной памяти: воспроизводит 3–4 слова и 3–4 картинки из десяти предложенных. Обнаруживает трудности в заданиях на пространственный анализ и синтез: неправильно складывает фигуры из палочек при расположении образца под углом к нему, с многочисленными пробами складывает разрезные картинки, затрудняется в сложении фигур из кубиков Кооса. При выполнении подобных заданий быстро обнаруживает признаки утомления – становится рассеянным, раздражительным, при неудачах начинает плакать. Испытывает трудности в понимании сравнительных оборотов речи, в понимании значения предлогов «перед» и «за». Не усвоил последовательность дней недели и месяцев. Затрудняется в воспроизведении в нужной последовательности ряда слов, только после 12-кратного повторения смог воспроизвести без ошибок простое четверостишие. В заданиях на классификацию, группировки, сравнение предметов и явлений друг с другом, на понимание моральных сторон сказки серьезных трудностей не испытывает, удачно использует предлагаемую в случае необходимости помощь. Состояние школьных навыков: дислексия в виде пропусков, перестановок и замен букв, дисграфия вследствие смешения сходных по начертанию букв. Представление о составе числа не сформировано, операции сложения и вычитания в пределах 10 проводит медленно и с ошибками. При беседах на отвлеченные темы, во время подвижных игр с ребятами долго не проявляет признаков утомления. На уроках и при выполнении экспериментальных заданий конструктивного характера становится сонным, капризным, вялым [8].

***Практическое задание № 2.*** Проанализируйте результаты изучения зоны ближайшего развития, полученные в исследовании В.И. Лубовского [4]. Сравните зону ближайшего развития у детей с задержкой психического развития и детей с интеллектуальной недостаточностью.

Детям предлагали описать предложенные им предметы и сравнить их между собой. Детям предлагали описать предложенные им предметы и сравнить их между собой. Фиксировалось количество признаков, которые выделили дети при описании предметов, как с помощью взрослых, так и самостоятельно. Результаты отражены в таблице.

Таблица 7.1 – Зона ближайшего развития у разных групп детей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Группа детей** | **Количество самостоятельно выделенных признаков объекта** | **Количество признаков, выделенных с помощью взрослых** |
| Нормально развивающиеся дети | 12 | – |
| Дети с ЗПР | 6,5 | 10,5 |
| Дети с интеллектуальной недостаточностью | 4,5 | 5,7 |

### 7.8 Библиография по теме «Задержанное психическое развитие: дети с трудностями в обучении»

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития у детей / под ред. К.С. Лебединской. – М. : Педагогика, 1982.
2. Винникова, Е.А. О психологических механизмах становления морального поведения у детей с задержкой психического развития / Е.А. Винникова, Е.С. Слепович // Дефектология. – 1999. – № 1. – С. 18–24.
3. Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова. М.С. Певзнер. – М. : Просвещение, 1973. – 175 с.
4. Дети с задержкой психического развития / В.И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. Т.А. Власовой [и др.] – М. : Педагогика, 1984. – 256 с.
5. Лангмейер, Й. Психическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага : Авиценум, 1984. – 334 с.
6. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей: учеб. пособие / В.В. Лебединский. – М. : Изд-во МГУ, 1985. – 168 с.
7. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 220 с.
8. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.
9. Мамайчук, И.И. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития : науч.-практ. рук-во / И.И. Мамайчук, М.Н. Ильина. – СПб. : Речь, 2006. – 352 с.
10. Марковская, И.Ф. Типы регуляторных нарушений при задержке психтического развития / И.Ф. Марковская // Дефектология. – 2006. – № 3. – С. 28-34.
11. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 / Всемирная организация здравоохранения ; пер. на русск. язык О.Ю. Донец; н. ред. и предисл. А.Н. Моховикова ; вступ. статья А.А. Северного. – М. : Смысл; СПб. : Речь, 2003. – 407 с.
12. Основы специальной психологии / под ред. Л.В. Кузнецовой. – М. : Академия, 2003. – 480 с.
13. Психология детей с задержкой психического развития. Изучение. Социализация. Психокоррекция : хрестоматия : учеб. пособие для вузов / Сост. О.В. Защиринская. – СПб. : Речь, 2003. – 432 с.
14. Семаго, М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : АРКТИ, 2001. – 208 с.
15. Семаго, М.М. Диагностико-консультативная деятельность психолога образования: метод. пособие / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго ; ред. М.М. Семаго. – М. : Айрис-Пресс, 2004. – 288 с.
16. Слепович, Е.С. Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития / Е.С. Слепович. – М. : Педагогика, 1990. – 94 с.
17. Слепович, Е.С. Формирование речи у дошкольников с задержкой психического развития: книга для учителя / Е.С. Слепович. – 2-е изд., доп. – Минск : Народная Асвета, 1989. – 62 с.
18. Слепович, Е.С. Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью: метод. рекомендации / Е.С. Слепович, А.М. Поляков. – Минск : Детский фонд ООН, 2005. – 96 с.
19. Специальная дошкольная педагогика: учеб. пособие для вузов / Е.А. Стребелева [и др.] ; под ред. Е. А. Стребелевой. – М. : Изд. центр «Академия», 2002. – 312 с.
20. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. В.И. Лубовского. – М. : Изд. центр «Академия», 2005. – 464 с.
21. Тржесоглава, З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / З. Тржесоглава ; пер. с чешского. – М. : Медицина, 1986. – 256 с.
22. Ульенкова, У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития / У.В. Ульенкова. – М. : Педагогика, 1990. – 184 с.
23. Усанова, О.Н. Специальная психология. Система психологического изучения аномальных детей: учеб. пособие для студентов / О.Н. Усанова. – М. : МГПИ им. В.И. Ленина, 1990. – 201 с.
24. Фишман, М.Н. Интегративная деятельность мозга детей в норме и патологии: Электрофизиологическое исследование / М.Н. Фишман. – М. : Педагогика, 1989. – 144 с.
25. Фурманов, И.А.Психология депривированного ребенка : пособие для психологов и педагогов / И.А. Фурманов, Н.В. Фурманова. – М. : Изд-во «Академия», 2004. – 319 с.

# Глава 8 Дефицитарное психическое развитие: дети с нарушениями зрения

***Основные понятия.*** *Симультанность, дистантность; зрительный анализатор, острота зрения, поле зрения, бинокулярное зрение; слепота, слабовидение, слепорожденные и ослепшие дети; дефицитарное развитие, компенсаторные механизмы, компенсация слепоты, вербализм речи.*

**Содержание**

8.1 Роль зрительного восприятия в процессе психического развития ребенка.

8.2 Этиология и классификация нарушений зрения у детей.

8.3 Психическое развитие детей с нарушениями зрения.

8.3.1 Общая характеристика психического развития в условиях зрительной депривации.

8.3.2 Психическое развитие детей с нарушениями зрения в раннем и дошкольном возрасте.

8.3.3 Психическое развитие детей с нарушениями зрения в школьном возрасте.

8.4 Структура нарушения при недостатках зрения у детей.

8.5 Психологические основы помощи детям с нарушениями зрения.

8.6 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля, практические задания.

8.7 Библиография по теме «Дефицитарное психическое развитие: дети с нарушениями зрения».

**Тифлопсихология** – отрасль специальной психологии, изучающая закономерности психического развития и психологические особенности детей с нарушениями зрения (незрячих и слабовидящих).

### 8.1 Роль зрительного восприятия в процессе психического развития ребенка

Зрительный анализатор занимает важное место в процессе получения человеком информации от внешнего мира: через зрительную систему человек получает более 80 % информации о внешнем мире. В филогенезе и в онтогенезе в норме складывается преимущественно зрительный тип восприятия. Зрительное восприятие характеризуется одновременным наличием двух свойств: оно является одновременно симультанным и дистантным.

*Симультанность* восприятия – это способность воспринимать несколько объектов одновременно с большей или меньшей четкостью, то есть видеть определенную часть пространства перед собой. *Дистантность* *(дистальность)* – это способность воспринимать окружающий мир и предметы в нем без непосредственного контакта с этими предметами. Человек с помощью зрения может воспринимать не только те предметы, к которым он может прикоснуться, но также и то, к чему он прикоснуться не может в данный момент или не может вообще. Так, мы можем видеть высоко летящие самолет и птицу, птицу на вершине дерева, стог сена вдалеке и т.д. Никакой другой орган чувств не обладает одновременно симультанностью и дистантностью, что обеспечивает человеку относительную свободу в восприятии окружающего мира.

Зрительная стимуляция, которая поступает в головной мозг ребенка с самого рождения, оказывает существенное влияние на созревание различных отделов коры, то есть участвует в стимуляции созревания разных отделов головного мозга. Многочисленные экспериментальные исследования показали, что выключение или ограничение предметного зрения в первые месяцы жизни приводит к стойким, необратимым изменениям на всем зрительном пути, включая зрительные центры коры головного мозга. Особенно велика чувствительность зрительной системы к ограничению зрительной стимуляции в первые недели и месяцы жизни.

Зрительная депривация (или полное отсутствие зрения) уже в первые месяцы жизни ребенка создают ситуацию «информационного вакуума» [1; 2]. Ребенку с серьезными нарушениями зрения не хватает зрительной информации, и это сказывается на развитии у него движений: у детей запаздывает появление основных движений, а вместо них наблюдаются стереотипные движения для стимуляции мозговой деятельности. Зрительный информационный поток играет положительную роль в формировании познавательного интереса к окружающему, без такой поддержки поведение регулируется в основном на эмоциональном уровне. Зрение – это интегрирующий фактор в раннем развитии ребенка: оно играет связующую роль между предметами и движениями человека, а разделенное зрительное внимание создает базу для социального взаимодействия ребенка и взрослого.

***Зрительное восприятие*** – продукт слаженной работы различных звеньев зрительной системы и других систем организма, связанных со зрением; процесс создания целостных зрительных образов предметов и явлений.

***Зрительная система*** – совокупность защитных, оптических, рецепторных и нервных структур, которая воспринимает и анализирует световые раздражители. С физической точки зрения свет – это электромагнитное излучение с различными длинами волн. Способность видеть объекты связана с отражением света от поверхности. Главные характеристики светового стимула – его *частота и интенсивность*. Частота определяет окраску света, а интенсивность – его яркость. Процесс построения зрительных образов включает несколько звеньев: он начинается с проекции изображения на сетчатую оболочку глаза, затем происходит возбуждение фоторецепторов, передача и преобразование зрительной информации в нейронных слоях зрительной системы. Процесс завершается принятием высшими корковыми отделами зрительной системы «решения» о зрительном образе.

К характеристикам зрения относятся *острота* *зрения* и *поле зрения*.

*Острота зрения* – максимальная способность различать отдельные детали объектов. Она определяется по наименьшему расстоянию между двумя точками, которые различает глаз, то есть видит их отдельно, а не слитно. Нормальный глаз различает две точки, расстояние между которыми составляет 1 угловую минуту. Максимальную остроту зрения имеет центр сетчатки – желтое пятно, а к периферии от него острота зрения намного меньше. Острота зрения измеряется при помощи специальных таблиц, которые состоят из нескольких рядов букв, рисунков или незамкнутых окружностей разной величины.

*Поле зрения* – область пространства, видимая глазом при фиксации взгляда в одной точке, без движений глаз и/или головы. Поля зрения обоих глаз у человека частично совпадают. Границы поля зрения составляют 180 градусов по горизонтали и 110 градусов по вертикали. При изменении положения глаз и/или головы поля зрения смещаются, и один и тот же объект попадает в разные участки поля зрения.

***Зрительный анализатор*** состоит из трех основных частей: *периферический отдел* – сетчатка глаза, *проводниковый отдел* – система подкорковых мозговых образований и *центральный отдел* – участок коры головного мозга в затылочной части.

К периферическому отделу относится сетчатка глаза, которая расположена на задней части глазного яблока. Глазное яблоко имеет шарообразную форму, что облегчает его повороты для наведения на рассматриваемый объект и обеспечивает хорошую фокусировку изображения на всей сетчатке (светочувствительной оболочке глаза). Свет попадает на сетчатку глаза через оптические и преломляющие среды, к которым относятся склера, конъюнктива, роговица, радужная оболочка, зрачок, хрусталик, стекловидное тело.

*Зрачок* – это отверстие в центре радужной оболочки, через которое свет проходит в глаз. Он повышает четкость изображения на сетчатке глаза. Расширение или сужение зрачка регулирует поток света, попадающий в глаз. *Хрусталик* – двояковыпуклая линза – способен изменять свою кривизну, что позволяет проецировать луч света точно на сетчатку глаза. Изменение кривизны хрусталика называется аккомодацией. Определенная кривизна и показатель преломления роговицы и хрусталика определяют преломление световых лучей внутри глаза. Функция аккомодации хрусталика – проекция изображения точно на сетчатку. Внутри глаза, поза­ди хрусталика, находится *стекловидное тело.* Если расстояние между хрусталиком и сетчаткой больше, чем фокусное расстояние хрусталика, то возникает *близорукость* (миопия). Если сетчатка расположена слишком близко к хрусталику и фокусировка хороша только при рассмат­ривании далеко расположенных предметов, возникает *дальнозоркость* (гиперметропия). Близорукость и дальнозоркость корректируются очками с вогнутыми и выпуклыми линзами соответственно. Изменение лучепрелом­ления в различных диаметрах роговицы называется *астигматизмом,* который являетсярезуль­татом неравномерной кривизны роговицы. *Оптическая система* глаз фокусирует изображение на рецепторной поверхности сетчат­ки. *Диоптрический аппарат* глаза передает на сетчатку резко уменьшенное изображение предметов.

В создании зрительного образа принимают участие два глаза, что обеспечивает бинокулярное зрение, которое необходимо для восприятия глубины и удаленности предмета. При взгляде на предмет у человека с нормальным зрением не возникает ощущения двух предметов, хотя и имеется два изображения на двух сетчатках. Изображение каждой точки пространства попадает на так называемые корреспондирующие участки двух сетчаток, и в восприятии человека два изображения сливаются в одно.

Оптическая система обеспечивает фокусировку изображения на рецепторной поверхности сетчатки. На сетчатке получается изображение, резко уменьшенное и перевернутое вверх ногами и справа налево. *Сетчатка* – это высокоорганизованная слоистая структура, которая включает различные виды рецепторов и нейроны. Всего в сетчатке представлено 10 слоев рецепторов и нейронов, среди которых есть фоторецепторы (палочки и колбочки), всего около 130 миллионов фоторецепторов. Сетчатка столь сложно организована, что ее образно называют частью мозга, вынесенной на периферию. С фоторецепторами связаны несколько слоев нейронов, которые формируют поток нервных волокон, идущий к подкорковым областям головного мозга.

Длинные аксоны данных нейронов образуют зрительный нерв. Из каждого глаза выходят зрительные нервы, которые перекрещиваются в области основания черепа, где более половины волокон переходят на противоположную сторону. Остальные волокна вместе с перекрещенными аксонами зрительного нерва (2-я пара черепных нервов) образуют *зрительный тракт*. Нервные волокна зрительного тракта подходят к разным подкорковым образованиям: ядрам верхних бугров четверохолмия в среднем мозге, ядрам наружного коленчатого тела в таламусе, к ядрам глазодвигательных нервов. Из подкорковых структур нервные волокна попадают в первичную зрительную кору, которая является корковым концом зрительного анализатора, где происходит первичный анализ зрительной информации. Нервные клетки первичной зрительной коры связаны с клетками вторичной зрительной коры, которая отвечает за синтез зрительных ощущений и построение целостных зрительных образов. Таким образом, благодаря слаженной работе всех звеньев зрительной системы у человека возникают зрительные образы.

Для успешной работы системы распознавания образов очень важны движения глаз. Глаз человека приводится в движение шестью наружными мышцами, прикрепленных к глазному яблоку, которые иннервируются черепными нервами (глазодвигательный, боковой и отводящий нервы). Движения глаз совершаются одновременно и содружественно. Рассматривая близкие предметы, необходимо сводить (конвергенция), а рассматривая далекие предметы – разводить зрительные оси обоих глаз (дивергенция). Относительно координат головы глаза двигаются горизонтально, вертикально и вокруг своей оси. Движения глаз тесно связаны с регуляцией со стороны вестибулярного аппарата. При взгляде на любой предмет глаза двигаются от одной точки фиксации к другой быстрыми скачками, эти движения называются *саккадическими*. Медленные движения осуществляются при слежении за движущимися объектами – это так называемые следящие движения.

***Нарушения зрительных функций при поражении различных звеньев зрительной системы.*** Зрительная система может поражаться различными вредоносными факторами: воспалительным пароцессом, опухолями, сосудистыми нарушениями, травмами, кровоизлиянием. Специфическими для зрительной системы являются помутнение роговицы и хрусталика, пигментная дегенерация сетчатки, отслойка сетчатки, спазмы или слабость глазодвигательных мышц. При поражении на разных уровнях зрительной системы возникают различные нарушения зрительных функций, представленные в таблице.

Таблица 8.1 – Нарушения зрительных функций

|  |  |
| --- | --- |
| **Уровни поражения зрительной системы** | **Симптомы (функциональные отклонения)** |
| Прозрачные и преломляющие среды: роговица, хрусталик, стекловидное тело | Близорукость, дальнозоркость, астигматизм, искажение изображения на сетчатке, нарушение аккомодации и конвергенции |
| Сетчатка | Снижение зрительной чувствительности, остроты зрения, увеличение световых порогов, нарушение полей зрения, зрительные скотомы в местах поражения, нарушения цветового зрения |
| Зрительный нерв, хиазма, зрительный тракт | Повышение порогов чувствительности, удлинение времени адаптации, нарушения полей зрения (сужение или выпадение полей зрения: зрительные скотомы, гемианопсии) |
| Зрительная кора | Снижение остроты зрения, центральная слепота, нарушение глубины расположения объекта, уменьшение его размеров, искажение контуров объекта |
| Мышцы, осуществляющие движения глазного яблока | Нистагм, косоглазие |

### Этиология и классификация нарушений зрения у детей

Среди этиологических факторов, которые приводят к патологии зрительной системы, выделяются врожденные и приобретенные факторы. Врожденные, в том числе наследственные, формы нарушений зрительных функций составляют 90% случаев (92% случаев слабовидения и 88% случаев слепоты). Наследственные формы встречаются в более чем 30% случаев. К нарушениям зрения может привести также патология беременности и родового акта. Экзогенные вредности (туберкулез, токсоплазмоз, вирусная инфекция, интоксикация) действуют на плод внутриутробно [7; 8; 12].

Одной из причин слепоты у детей является *ретинопатия* недоношенных, то есть возникающее у детей, родившихся раньше срока, поражение сетчатки глаза, которое приводит к снижению функций зрения, вплоть до слепоты. Эта патология возникает вследствие воздействия повышенной концентрации кислорода на сетчатку глаза. Высокая концентрация кислорода создается в кювезах, в которые помещаются преждевременно родившиеся дети для их дозревания в условиях, близких к тем, которые были в утробе матери.

К постнатальным вредностям, оказывающим патогенное действие на зрительную систему, относят энцефалиты, менингиты и другие воспалительные заболевания мозга, а также опухоли и травмы. Человек утрачивает зрение после перенесенного воспаления мозга, особенно если оно протекало тяжело. Утрата зрения может быть вызвана травмированием глаз и/или головного мозга во время автомобильной аварии, взрыва, выстрела в голову, другого несчастного случая. Зрение может быть утрачено в результате опухоли головного мозга, которая затрагивает те участки мозга, которые отвечают за зрительные функции.

Утрата зрения у ребенка может происходить постепенно, в результате прогрессирующих заболеваний нервной системы. В этих случаях происходит медленная утрата способности видеть, и человек с возрастом становится незрячим. Незрячим человек может стать в результате соматического заболевания, например, сахарного диабета, одним из осложнений которого является утрата зрения.

Специфика и характер психического развития детей с нарушениями зрения, уровень возможностей детей, способы ориентировки в окружающем и познания мира, особенности их поведения и взаимоотношений с окружающими будут в значительной степени определяться характеристиками их зрительных функций, глубиной и характером поражения зрительного анализатора. Характеристики зрительных функций различаются в зависимости от времени возникновения дефекта и степени его выраженности.

Детей с нарушениями зрения принято в отечественной тифлопсихологии разделять на следующие группы по двум основным критериям, представленным в таблице. Основа этой классификаии была заложена Н.Г. Морозовой.

Таблица 8.2 – Классификация видов нарушений зрения у детей

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерий времени наступления зрительного дефекта** | **Критерий степени выраженности**  **сенсорного дефекта** | | |
| Незрячие (слепые) | | Слабовидящие |
| Тотальная слепота | Парциальная слепота | Врожденное слабовидение |
| С рождения | Врожденная слепота | |
| После рождения | Ослепшие | | Приобретенное слабовидение |

Слепота бывает *тотальной и парциальной*. *Тотальная слепота* – резко сниженная способность человека получать информацию с помощью зрения, невозможность различать предметы и их свойства по визуальным признакам, при этом части детей доступно только светоощущение. *Парциальная слепота* – сохранность элементарных возможностей воспринимать визуальную информацию, способность выделять общую форму предмета, различать фигуру и фон. Острота зрения при слепоте – от 0 до 0,04 на лучше видящем глазу с коррекцией.

*Слабовидение* – это снижение остроты зрения, при котором значения остроты зрения находятся в пределах от 0,05 до 0,4 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Дети могут использовать зрение при решении каждодневных задач. При слабовидении речь идет о существенном снижении остроты зрения. Хотя у детей имеются остаточные возможности зрения, ребенок все же ограничен в восприятии мира через зрительный анализатор, так как значительно уменьшается скорость зрительного восприятия, наблюдаются узость обзора, недостаточность четкости и яркости восприятия, искажаются образы предметов.

*При остроте зрения выше 0,4 дети не относятся к слабовидящим.* Считается, что развитие таких детей существенно не отличается от развития обычных детей, а недостаточность зрения у них может быть компенсирована с помощью линз или очков. Такие дети также не нуждаются в специализированной помощи тифлопедагогов и в обучении в специальной школе для детей с нарушениями зрения.

Обобщая вышесказанное, можно сказать, что в тифлопсихологии выделяются следующие *группы детей с нарушениями зрения: тотально незрячие, незрячие со светоощущением, незрячие с остаточным зрением, глубоко слабовидящие, слабовидящие* [12]*.*

Большое значение для оценки возможностей детей имеет время возникновения зрительного дефекта. При врожденной слепоте ребенок вообще не имеет опыта зрительных ощущений, он не может себе представить, как выглядят предметы, что такое цвет, яркость, удаленность и т.п. Отсутствие зрительных представлений приводит к затруднениям в возникновении вертикального положения тела, у ребенка развивается боязнь пространства, новых предметов, что, в свою очередь, приводит к задержке в освоении пространства, недоразвитию походки, пространственной ориентации, с опозданием развивается восприятие и понимание схемы тела. При нарушениях зрения в раннем возрасте происходит недоразвитие психомоторной сферы, наблюдается слабость акта хватания, запаздывает дифференциация движений. При потере зрения в более старшем возрасте имеющийся опыт зрительных впечатлений облегчает развитие моторики, предметной деятельности, образование представлений и понятий. При возникновении дефекта зрения после рождения у ребенка имеется определенный опыт зрительных представлений и впечатлений, и он может пользоваться им, даже став незрячим. Поэтому чем позже наступает слепота, тем меньшее влияние она оказывает на дальнейшее развитие ребенка, однако, тем сложнее ребенку приспособиться к наступившему дефекту, использовать возможности компенсации.

*Косоглазие у детей****.*** Термин «косоглазие» объединяет различные поражения зрительной и глазодвигательной систем, которые вызывают отклонение (периодическое или постоянное) глазного яблока от обычной его локализации, то есть от совместной точки фиксации, и связанное с этим нарушение функции бинокулярного зрения. В зависимости от того, куда отклонен глаз, наблюдается *внутреннее*, или *сходящееся*, и *наружное*, или *расходящееся*, косоглазие, а также косоглазие *кверху* или *книзу*. Косоглазие приводит к нарушению бинокулярного зрения, а также к другим трудностям зрительного восприятия. Дети затрудняются в выделении частей объекта, у них недостаточно развиты умения соотносить части предмета, особенно разрозненные, в одно целое. Дети с трудностями выполняют те действия, в которых требуется произвести анализ формы и величины предметов, а также пространственных отношений. Ограниченные зрительные возможности (низкая острота зрения, монокулярный характер зрения, нецентральная фиксация) качественно изменяют предметно-практическую деятельность детей. Косметический дефект и вызванные им трудности общения с человеком при косоглазии являются наиболее серьезной проблемой для ребенка. Глазные яблоки располагаются асимметрично, одно или оба – вне привычного для каждого человека места. Этот дефект становится заметным окружающим, так как любой человек в общении смотрит на область глаз собеседника.

### 8.3 Психическое развитие детей с нарушениями зрения

**8.3.1 Общая характеристика психического развития детей в условиях зрительной депрвации**

۞ ***Иллюстрация***

«На новогоднем утреннике в специальном детском заведении для детей с отклонениями десятилетняя слепая Габи сказала громко и выразительно: «Дедушка Мороз, не уходи, пожалуйста. Я хочу тебя сначала увидеть!» Для нас это – естественный процесс, но для нее это было невыполнимо. Что же произойдет?.. Дед Мороз остановился. Габи вслепую пробралась сквозь ряд детей к нему. Затем она нагнулась, ощупывая его сапоги, тулуп, мешок с подарками, лицо и бороду. Проделав все это, девочка отошла в сторону и сказала: «Теперь я увидела Деда Мороза!» Все радовались вместе с ней. Однажды, за несколько лет до этого случая, девочка спросила: «Мама, почему я не могу видеть?» Мать умно ответила ей: «Большинство людей видят глазами, но некоторые – как и ты – видят пальцами рук». Так слепой ребенок научился ощупью распознавать окружающий мир» [16, с. 38].

Приведенный пример показывает, что дети с нарушениями зрения, а в данном случае это незрячий ребенок, воспринимают мир по-другому, используют другие способы познания по сравнению со зрячими людьми. У них происходит *перестройка всей системы функций, с помощью которых осуществляется познание.* Своеобразным становится и сам процесс психического развития детей с нарушениями зрения.

Психологические особенности детей с нарушениями зрения и процесс развития психики в условиях зрительной депривации изучался в работах А.Г. Литвака, Л.И. Солнцевой, В.З. Денискиной, С.М. Хорош, белорусских психологов З.Г. Ермолович, Д.Г. Дьякова, Т.И. Гаврилко и др.

Важнейшим механизмом в развитии ребенка с нарушениями зрения является ***компенсация.***Компенсация слепоты является сложным психическим образованием, системой психических процессов и свойств личности, которая формируется в процессе роста и развития ребенка. Возможность компенсации недостаточности зрения объясняется тем, что ребенок владеет несколькими различными способами выполнения одного и того же действия, разными способами решения стоящих перед ним задач. Компенсация предполагает использование слуха, осязания, обоняния, других органов чувств, а также речи для замены недостающего зрения. От того, насколько успешно будет произведена такая замена, зависит результат развития ребенка с нарушениями зрения. Л.С. Выготский в связи с этим писал: «Слепота, создавая новый, особенный склад личности, вызывает к жизни новые силы, изменяет нормальные направления функций, творчески и органически пересоздает и формирует психику человека. Следовательно, слепота есть не только дефект, минус, слабость, но и в каком-то смысле источник выявления способностей, плюс, сила» [4, с. 86].

Тем не менее, в развитии ребенка с нарушениями зрения остаются некоторые специфические особенности, в частности, особенности развития движений, развития речи, которые не удается полностью компенсировать в процессе его обучения и воспитания.

Рассмотрим общие особенности и закономерности развития ребенка с нарушениями зрения, установленные разными исследователями (А.Г. Литвак, Л.И. Солнцева). Говоря об этих закономерностях, мы предполагаем, что процессы компенсации у детей являются несовершенными, так как при полном и безусловном действии механизмов компенсации психологические особенностей детей не должны быть столь специфическими.

Для *незрячих детей* характерно снижение активности как двигательной, так и психической. Для них типична невыраженность ориентировочных реакций на стимулы окружающей среды, а двигательная активность тормозится из-за частых отрицательных подкреплений (падения, ушибы, травмы). У незрячих детей потребность во впечатлениях, которая является основой познавательной потребности, редуцирована из-за недостаточности внешней стимуляции. Незрячие дети имеют дело с ограниченным предметным пространством, у них снижены познавательные потребности, ограничены социальные контакты. В результате дети часто испытывают фрустрацию, у них наблюдается сниженное настроение, они склонны уходить в себя, у них преобладает подавленное, депрессивное состояние. У детей страдает внимание из-за резкого сокращения внешних стимулов, так как уменьшается количество зрительных объектов, которые вызывают непроизвольное внимание, сужается объем внимания, а однообразие слуховых стимулов быстро утомляет. У незрячих детей формируется установка более тщательно следить за своими действиями, развивается произвольное внимание как результат необходимости воспринимать свойства предметов, имеющие второстепенное значение для зрячих.

В развитии речи словарный запас и грамматический строй речи обычно не страдает. Но возникает неизбежный разрыв между чувственным восприятием предметов и явлений и их обозначением с помощью слов, то есть между словом и образом. В результате типичным для детей является *«вербализм»*, то есть использование слов и словесных выражений, не наполненных чувственной тканью. Как ребенок может понять, что такое высоко? При этом слово «высоко» он может употреблять, повторяя его вслед за взрослыми. Речь для детей все больше выполняет компенсаторную функцию, так как с помощью речи дети восполняют недостаток впечатлений и информации об окружающем.

Эмоциональное развитие детей страдает из-за сниженных возможностей опознания невербальных средств общения, что уменьшает возможности подражания другим людям, вызывает трудности в восприятии ситуативной речи, приводит к обеднению собственной экспрессии.

Для *слабовидящих* детей характерны нарушения в развитии зрительного восприятия, недоразвитие психомоторной сферы, запаздывание формирования основных движений, слабость предметных действий. Детям со сниженными возможностями зрения требуется значительное время для того, чтобы рассмотреть предметы, выделить их характерные признаки. Зрительное восприятие обладает меньшей полнотой, скоростью, меньшей точностью отображения объектов, сужением или деформацией зрительного поля. Недоразвитие зрительного восприятия приводит к недоразвитию разных видов деятельности, наглядных видов мышления.

Психическое развитие *ослепших* (то есть потерявших зрение после рождения) детей во многом зависит от продолжительности периода нормального зрения, то есть возраста утраты зрения. У таких детей имеется опыт зрительных впечатлений, который облегчает восприятие окружающего мира в условиях отсутствия зрения. Например, незрячий ребенок никогда не видел, какого цвета бывает яблоко, и для него цвет не имеет особого значения для восприятия яблока, он мог только слышать, что яблоки бывают красные, желтые, зеленые. А ослепший ребенок может помнить, что такое цвет и каким может быть предмет разного цвета. Однако имеющиеся представления у ослепших детей могут стираться из памяти, подчиняясь законам сохранения и забывания информации. Кроме того, чем позже ребенок утратил зрение, тем в большей степени у него развиты способности саморегуляции, потребность в преодолении собственного дефекта и в использовании механизмов компенсации.

Если рассматривать особенности развития детей, находящихся в условиях зрительной депривации, без учета действия принципа компенсации, то теоретически можно кратко описать следующие специфические особенности развития их психики, которые подтверждены и эмпирическими исследованиями (А.Г. Литвак, Л.И. Солнцева, З.Г. Ермолович).

***Активность.*** У детей наблюдается снижение двигательной, перцептивной, познавательной активности, что объясняется снижением потребности во впечатлениях, недостаточным развитием действий по обследованию предметов, неудачным опытом самостоятельного передвижения.

***Внимание.*** В силу ограниченности или отсутствия зрительного восприятия внимание имеет свои специфические особенности, такие как неустойчивость, меньшая концентрация и интенсивность, а также более высокая утомляемость. Нарушается соотношение видов внимания и их функционирования, так как уменьшается количество объектов, вызывающих непроизвольное внимание (в основе которого рефлекс «что такое?»). Однообразие слуховых стимулов утомляет, притупляет непроизвольное внимание и ведет к его рассеиванию. Произвольное внимание направлено на те свойства предметов и явлений, которые важны для незрячего ребенка с точки зрения опознания предметов. Произвольное внимание необходимо для контроля над собственными действиями, что ослабляет внимание к предметам окружающего пространства. Для незрячего человека в состоянии внимания характерны маскообразное выражение лица и фиксированное положение головы и тела, которые закрепляются в положении, способствующем наиболее отчетливому слуховому восприятию.

***Ощущение и восприятие.*** У незрячих детей перестраивается соотношение между сенсорными системами, когда на первый план выходит осязание и слух, кинестетическое восприятие, вестибулярная, температурная и болевая чувствительность. Используются и другие виды ощущений и восприятия, играющие несущественную роль у зрячих людей (ориентация на запах, на движение воздуха, на стук шагов при опознании человека, так называемое шестое чувство у слепых, которое заключается в ощущении препятствия или приближающегося объекта,). Среди сложного ансамбля кожных ощущений особо выделяется кожно-оптическое чувство – способность кожных покровов реагировать на световые и цветовые раздражители. Однако все другие виды анализаторов не могут заменить зрение, в первую очередь, из-за его возможностей воспринимать действительность дистантно и одновременно. В этом отношении особенно страдает у детей восприятие тех объектов, которые воспринимаются без непосредственного контакта с ними (например, воспринять, что такое «высоко в небе плывут облака»).

У слабовидящих детей сохраняются возможности зрительного восприятия, однако оно характеризуется меньшей полнотой, меньшей скоростью и точностью отображения, сужением и деформацией зрительного поля, нарушением бинокулярного зрения (затруднения восприятия перспективы, ухудшение восприятия глубины). Зрительное восприятие особенно страдает в условиях ухудшения условий восприятия, уменьшения времени наблюдения объекта.

Перестройка межанализаторных отношений у лиц с нарушениями зрения приводит к преобладанию других сенсорных систем, и это явление названо тактильно-кинестезически-слуховым ядром сенсорной организации (А.Г. Литвак).

***Речь.*** При сохранении способности воспринимать обращенную речь на слух ребенок осваивает словарный запас без ограничений, однако возникает неизбежный разрыв между словом и образом предмета, что объясняется недостаточным чувственным опытом ребенка. Возникает разрыв также между словесным и практическим планами действия ребенка, когда выполняемое действие и его отражение ребенком в речи не соответствуют друг другу. Речь начинает выполнять дополнительную, компенсаторную функцию, когда дети получают представления о предметах и явлениях на основе словесных объяснений, поддерживают контакт друг с другом, ориентируются в окружающем. Словарный запас по объему у детей не отличается от такового у их зрячих сверстников, однако их знания при тщательной проверке оказываются вербальными, то есть не наполненными реальным опытом. При этом значение слова либо резко снижается, и слово остается как бы привязанным к единичному признаку, объекту или конкретной ситуации, или же слово чрезмерно отвлекается от своего конкретного содержания, тем самым утрачивая свое значение.

Существенно страдает звукопроизношение и мимическое сопровождение речевого высказывания, так как дети при произнесении звуков ориентируются только на их слуховой образ и не ориентируются на зрительный и кинестетический образы произносимых звуков. Дети не видят лицо другого человека, движения его губ и языка, поэтому среди незрячих детей дошкольного и младшего школьного возраста распространены нарушения звукопроизношения.

***Мышление*** отличается замедлением темпа развития процессов обобщения и абстрагирования. Полная или частичная утрата функций зрения, снижение полноты, точности и дифференцированности чувственного отражения внешнего мира сказываются и на процессе развития мышления. Страдает выделение существенных признаков предметов и явлений, что затрудняет процесс обобщения и формирования понятий. Мышлению приходится преодолевать сукцессивность осязательных и слуховых образов незрячих, их фрагментарность и схематизм. Недостаточно тонкий анализ часто приводит к установлению тождества или различия либо по несущественным, либо по слишком общим, генерализованным признакам. Выделение несущественных или чрезмерно общих признаков препятствует правильной классификации и систематизации.

Отставание в развитии наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, непосредственно связанное с дефицитом зрительного восприятия, а также пассивность и бедность предметно-практического опыта затрудняют формирование представлений об объектах окружающего мира. Это неизбежно приводит к отставаниям в развитии и логического мышления, которое развивается на основе наглядных видов мышления.

Однако некоторые отечественные и зарубежные ученые (в том числе Л.И. Солнцева, А.Г. Литвак, А.И. Мещеряков и др.) считают, что развитие мышления не связано прямо со степенью нарушения зрения. Их убеждение основано на положении о том, что источником мыслительной деятельности является восприятие действительности, которое осуществляется не только с помощью зрения. Обобщающая роль слова в познании окружающего мира имеет важное компенсаторное значение и помогает детям даже при серьезном нарушении зрения выйти за пределы непосредственного чувственного опыта. Особое значение у детей с нарушениями зрения имеет развитие дедуктивного мышления, которое опирается на индуктивные умозаключения, основывающиеся на многообразии разных видов чувственного опыта.

***Эмоциональное развитие***. Возникают неизбежные трудности в общении с другими из-за невозможности определять эмоциональные состояния человека по его выражению лица, по мимическим и пантомимическим проявлениям. Страдает способность соотносить речевое высказывание с мимикой, что препятствует пониманию скрытого смысла высказываний; страдает понимание эмоциональных состояний других людей, обеднение внешнего выражения собственной речи, невладение экспрессивными движениями, выражающими эмоциональные состояния.

**8.3.2 Психическое развитие детей в раннем и дошкольном возрастах**

Особенности психического развития детей в раннем возрасте исследованы Л.И. Солнцевой [10]. По ее данным, наблюдения за развитием и поведением незрячих детей в возрасте до трех месяцев свидетельствуют о том, что по особенностям реакций и поведения они мало чем отличаются от зрячих детей этого же возраста. Небольшие различия в поведении приводят к тому, что иногда родители не замечают дефекта зрения у ребенка до трехмесячного возраста. Однако исключение зрения с первых дней рождения оказывает существенное влияние на темп психического развития. У незрячих детей по сравнению со зрячими задерживается формирование восприятия, что, в свою очередь, снижает психическую активность младенца по отношению к внешнему миру. Ведь именно восприятие расширяет и обогащает ориентировочную деятельность, обеспечивая ребенку активное отношение к предметам и явлениям окружающего мира. Наблюдения за развитием незрячего ребенка в младенческом возрасте показывают, что его общая и двигательная активность снижена, то есть он менее подвижен в ранние периоды развития. У детей отмечаются отсутствие стремления или интереса к овладению внешним миром, к игре, игрушкам, предметам; он часто удовлетворяется тем, что его оставляют в покое. Для такого ребенка характерны аутостимулирующие движения, или однообразные стереотипные действия.

Часто детей с нарушением зрения, с отставанием в двигательном развитии и навязчивыми движениями считают детьми с интеллектуальной недостаточностью, неспособными к обучению, несмотря на нормальный интеллект, именно потому, что в раннем возрасте для них не были созданы условия восприятия объектов и развития движений по направлению к ним. Незрячие дети практически овладевают ходьбой в возрасте от года до двух лет, но первые попытки ходить они делают в том же возрасте, что и зрячие, то есть к концу первого года жизни. Однако с первыми самостоятельными попытками передвижения у ребенка появляется боязнь неизвестного пространства, а неизбежные ушибы и падения вызывают тревогу, поэтому тормозят его стремление ходить самостоятельно. Запаздывание устойчивого вертикального положения с освобождением рук для действий с предметами задерживает образование и укрепление связи «предмет – действие», не способствует выделению свойств этих предметов. Чувствуя неуверенность при самостоятельном движении, незрячие дети стремятся меньше передвигаться, больше сидят, становятся малоподвижными, а когда у них появляется желание получить какой-либо предмет, они не пытаются сами его взять, подползая или подходя к нему, а используют для этого взрослого, заставляя звуками, словом и своими движениями приблизить предмет к себе. Отставание в развитии движений, длительная задержка в развитии самостоятельной ходьбы ограничивают освоение ребенком «дальнего» пространства, значительно сокращают сферу предметов, доступных ребенку, и приводят к усилению пассивности, возникающей у слепорожденных уже в первые месяцы жизни. Это в свою очередь влечет за собой большую зависимость незрячего ребенка от взрослого.

К концу третьего года жизни большинство незрячих детей начинают использовать предметы и игрушки по их назначению, в первую очередь, это предметы, которые постоянно находятся в обиходе детей.

Развитие предметной деятельности у незрячих детей протекает по тем же закономерностям, что и у зрячих, и осуществляется в направлении от неспецифических манипуляций к овладению функциональными действиями. Незрячие дети в раннем возрасте при обследовании игрушки подносят ее ко рту, касаются губами, трогают языком, сжимают зубами. Но такие дети долгое время недостаточно точны в движениях, они долго не выпускают предмет из рук. Это задерживает развитие мелких движений пальцев, а тем самым и развитие активного осязания. Первые специфические манипуляции и отдельные функциональные действия появляются у незрячих детей после двухлетнего возраста, однако к концу третьего года жизни еще не у всех детей окончательно формируется и становится ведущей собственно предметная деятельность.

Незрячий ребенок использует речевые звуки и слова для привлечения к себе внимания, для достижения определенных предметов. Отклик взрослых и их эмоциональное отношение к этому стимулируют как произнесение звуков и слов, так и слуховое восприятие незрячего ребенка. Речь взрослого привлекает внимание незрячего ребенка к обследованию предметов, вызывает у него интерес и тем самым создает прочные связи между словом и осязаемым предметом, расширяет круг понимаемых речевых ситуаций.

Развивается также и смысловая сторона речи незрячего ребенка. Уже в начале второго полугодия он начинает искать источник звука, тянет к нему руки. Если в такой поисковой ситуации произнести несколько раз слово, обозначающее название данного предмета, а затем поместить его в руку ребенка, ребенок в следующий раз начинает по слову искать названный предмет, ощупывая его.

Понимание незрячим ребенком значения слова проходит несколько ступеней. На ранних этапах значение понимаемого ребенком названия предмета основывается на эмоциональном переживании целой ситуации. Это приводит к отнесенности слова к широкому кругу различных предметов и действий, входящих в эту ситуацию, что свидетельствует о неумении ребенка обобщать в слове однородные предметы. В дальнейшем слово начинает связываться с конкретным предметом и лишь значительно позднее, когда у ребенка появляются представления, он становится способным понять слово без наличия предмета. К полутора годам понимаемые слова становятся более стойкими и обобщенными: ребенок знает названия ограниченного круга окружающих предметов, действий с ними и названия отдельных качеств предметов, может их оценить (хороший-плохой, большой-маленький).

В десять-одиннадцать месяцев незрячий ребенок уже способен повторить за взрослым новые звуки, а потом и новые слова, сопровождая ими действия. Словарный запас детей раннего возраста не отличается по объему от словарного запаса нормально развивающихся детей. Незрячий ребенок также в полтора-два года начинает использовать речь в качестве основного средства общения со взрослыми. Незрячий ребенок, подражая взрослому, овладевает огромным запасом слов и целых предложений, которые не всегда понятны ему по содержанию. Повторение и употребление слов с пока непонятными значениями не смущает незрячего ребенка, так как в ответ на их употребление он получает эмоциональный отклик со стороны взрослого. Это является стимулом для дальнейшего накопления даже формального словаря, который он может употреблять в определенной ситуации и который является для него средством активного общения со взрослым. На третьем году жизни с развитием связной речи ребенок становится способен выполнять простейшие поручения взрослого типа: «Подойди ко мне», «Положи куклу на стул». Выполнение поручений, связанных с пониманием предлогов, свидетельствует о развитии у детей элементарных мыслительных действий.

В дошкольном возрасте требования социального окружения и практической жизни к ребенку возрастают, особенно это касается требований к самостоятельности ребенка и освоению им норм поведения. Однако ребенку с нарушениями зрения сложно дается ориентация в пространстве и самостоятельное передвижение, а также общение с окружающими, особенно со сверстниками. У детей сохраняются также трудности выполнения предметной деятельности, игровой, изобразительной и трудовой деятельности, которые вызваны, в первую очередь, недоразвитием действий с предметами, трудностями их обследования с целью установить их свойства и соотношения, а также снижением познавательной активности. Таким образом, усугубляются нарушения в развитии в форме вторичных отклонений, вызванных первичным дефицитом зрительных функций. Однако дети дошкольного возраста с нарушениями зрения существенно различаются по степени влияния зрительной недостаточности на уровень развития разных видов деятельности.

В дошкольном возрасте у детей с трудностями формируются осязательные перцептивные действия, которые ориентированы на выделение лишь отдельных свойств и признаков предмета, не образуя единого образа данного предмета, не имеющие целенаправленного характера. Поэтому у детей медленно и трудно формируется предметность восприятия, а полноценные перцептивные действия появляются лишь к концу дошкольного возраста.

Сюжетная игра у детей также формируется с опозданием и имеет специфические характеристики. Игровые действия опираются на бедный и ограниченный опыт практических действий, на плохо развитую моторику и формально хорошо развитую речь, которая не всегда отражает ход действий, выполняемых ребенком. В то же время необходимость понимания и отображения сюжета игры требует наличия представлений у детей о тех сферах социальной жизни, которую нужно отобразить в игре. Эти представления также формируются с большими трудностями в виду ограниченности собственного опыта ребенка в социально-практической сфере. Представления об окружающем могут быть получены ребенком через рассказы взрослых, но в этом случае они лишены чувственного и практического аспектов. Бедность практического опыта ребенка, слабое развитие ручных умений при относительной сохранности речи придают своеобразие детской игре, которая у незрячих детей отличается бедностью содержания, преобладанием вербального содержания, оторванного от плана действий с предметами. Дети просто проговаривают, а не выполняют действия с предметами. Игра протекает в форме простых манипуляций и других действий с предметами, но при этом характеризуется высоким уровнем словесного обозначения действий.

У детей дошкольного возраста с нарушениями зрения специфически развиваются практические виды мышления: наглядно-действенное и наглядно-образное. Формирование этих видов мышления требует выделения существенных свойств и признаков предметов, а также установления связей и отношений между ними. В дошкольном возрасте начинает развиваться и словесно-логическое мышление. Дети начинают оперировать понятиями, имеющими конкретное значение, что происходит в связи с развитием представлений об окружающем мире. Для этого они должны научиться отличать главные признаки от второстепенных, обобщать предметы по существенным признакам. Дети старшего дошкольного возраста еще не могут решать задачи Пиаже на сохранение количества, что свидетельствует о непонимании ими принципа сохранения количества. Это происходит у них только в период младшего школьного возраста (С.М. Хорош). Понимание принципа постоянства массы и объема без специального целенаправленного обучения наступает у детей с нарушениями зрения на 2–3 года позже, чем у зрячих детей.

**8.3.3 Психическое развитие детей с нарушениями зрения в школьном возрасте**

Учебная мотивация при выполнении заданий на уроках наблюдается у всех детей с нарушениями зрения, однако ее стойкость у незрячих и слабовидящих детей значительно ниже, а при возникновении трудностей при выполнении какой-либо деятельности дети могут сменять ее на другую. Если таким детям предлагается выполнить несколько заданий, а они выполняют только одно, то они считают, что выполнили задание целиком. Таким образом, у детей имеются трудности целеполагания и целенаправленности деятельности.

У слабовидящих школьников интенсивность и концентрация зрительного внимания недостаточно устойчивы.

۞ ***Иллюстрация***

Исследование В.А. Лониной [12], направленное на изучение свойств внимания у слабовидящих школьников, проводилось с помощью методики «Корректурная проба Бурдона».

Учащиеся 1-го класса выполняли задание безошибочно в течение первых 5–7 минут, после чего наблюдались пропуски четырех и более букв.

Учащиеся 4-го класса успешно выполняли задание на протяжении 10–12 минут, после чего наблюдались пропуски одной-двух букв.

Их нормально видящие сверстники выполняли корректурную пробу на протяжении 15 минут и не делали ни одной ошибки. Первоклассники с нормальным зрением показали результаты, соответствующие результатам слабовидящих учеников 4-го класса.

При зрительном восприятии отдельных предметных изображений, сюжетных картин у слабовидящих младших школьников наблюдаются серьезные трудности. Мелкие детали изображений ими плохо воспринимаются или не воспринимаются совсем, а вследствие неточного и неполного восприятия рисунков и картин у слабовидящих формируются неправильные представления, что отражается в описаниях того, что изображено на картине. При этом затруднение вызывает осмысление содержания картины, так как ее рассматривание осуществляется по частям. Это свидетельствует о том, что восприятие сюжетных картин у слабовидящих детей находится либо на стадии перечисления, либо на стадии описания.

Слитность и недостаточная расчлененность зрительного восприятия отмечается у слабовидящих учеников при ознакомлении их с буквами и цифрами, которые являются графическими изображениями. В итоге недостаточная сформированность и неустойчивость представлений о структуре букв вызывают в процессе обучения чтению и письму искажения, замены, пропуски букв, зеркальное написание, неправильное различение, замены букв.

У незрячих и слабовидящих младших школьников по сравнению с детьми, имеющими нормальное зрение, отмечаются меньший объем, точность и скорость запоминания слов, более медленное их воспроизведение. На продуктивности запоминания сказываются повышенная утомляемость, истощаемость, снижение концентрации внимания. При запоминании слов слабовидящим школьникам требуется больше времени на прочтение слов, поэтому снижена скорость запоминания. По продуктивности запоминания слов слабовидящие ученики 4-го класса находятся на уровне учеников 1-го класса с нормальным зрением (В.А. Лонина).

Память детей с нарушениями зрения характеризуется меньшей продуктивностью запоминания наглядного и словесного материала. По объему, точности, полноте и скорости запоминания дети, особенно младшего школьного возраста, отстают от своих нормально видящих сверстников. Запоминаемый материал недостаточно осмысливается, в результате чего снижается продуктивность логической памяти.

В исследовании В.А. Лониной изучались особенности развития наглядно-образного мышления у слабовидящих детей школьного возраста. В исследовании использовалась методика «Прогрессивные матрицы Равена», в которой испытуемым предлагается подобрать нужный рисунок (по образцу или по аналогии) к соответствующим графическим образцам. Установлено, что наглядно-образное мышление интенсивно развивается на протяжении младшего школьного возраста и продолжает дальнейшее развитие в среднем школьном возрасте, хотя слабовидящие дети по уровню успешности решения задач отстают от зрячих школьников. Не все задачи решаются одинаково успешно: легче решаются задачи на простое тождество, немного хуже – на усложненное тождество и симметрию, а при решении задач на аналогию у школьников возникают серьезные трудности. Однако к старшим классам школы слабовидящие школьники успешно справляются с ними.

Недостаточный чувственный опыт школьников с нарушениями зрения приводит к искажениям процесса классификации как важной формы словесно-логического мышления. Недостатки операции конкретизации и обедненный чувственный опыт приводят к чрезмерному расширению объема понятий или, наоборот, к их сужению. Если школьник будет пользоваться такими понятиями, суждения его будут недостаточно обоснованными, что нередко приводит к неправильным выводам и обобщениям. Но у учащихся к концу обучения в школе таких нарушений понятийного мышления уже не наблюдается.

### 8.4 Структура нарушения при недостатках зрения у детей

Психическое развитие у детей с нарушениями зрения характеризуется как дефицитарное развитие. Это такой тип развития, при котором имеется дефицит сенсорной или двигательной системы, выражающийся в форме отсутствия или недостаточности, в данном случае зрения. При дефицитарном развитии первичное нарушение прямо и непосредственно приводит к вторичным нарушениям разного порядка. В свою очередь, вторичное нарушение вызывает изменения в социальной позиции ребенка и приводит к своеобразным особенностям его личности.

*Первичное нарушение*: отсутствие или снижение зрения (зрительных ощущений).

*Вторичное нарушение как результат развития ребенка в условиях первичного нарушения*: вторичные нарушения разного порядка тех психических функций, для реализации которых необходимо зрение, замедление или недоразвитие тех функций, которые прямо или опосредованно связаны со зрением:

- нарушения первого порядка: нарушение зрительного восприятия, образов и представлений: формирование образов мира, образов другого человека напрямую связано с состоянием зрительной сенсорной системы; нарушение зрительно-моторных координаций приводит к недоразвитию действий с предметами;

- нарушения второго порядка: нарушения продуктивных видов деятельности и письма, недоразвитие наглядно-образного мышления, вербализм в речи (отсутствие связи слов со зрительными образами), нарушения эмоционального развития.

*Третичное нарушение*: нарушения развития личности детей. Дети развиваются в условиях недостатка общения, их контакты с другими людьми ограничены как из-за нежелания зрячих людей общаться с незрячими, так и из-за неуверенности незрячего ребенка и страха перед неудачей контакта. Результатом этого является уход ребенка в себя, который обозначается как аутизация, погружение в себя, замкнутость. Для детей с нарушениями зрения типичным становится пониженный фон настроения, у них формируются астенические черты личности, они склонны к ипохондрическим настроениям. Для детей типичной становится пассивность, снижение мотивации, желаний, интересов и стремлений.

На формирование личности незрячего ребенка влияют патологизирующие стили семейного воспитания. Преобладающим стилем является гиперопека, стремление родителей ограничить ребенка в самостоятельности, оградить его от трудностей и неудач. В результате повышается степень пассивности ребенка, снижение мотивации и эгоцентризм в отношениях с окружающими.

Дети с глубокими нарушениями зрения уже в дошкольном возрасте начинают понимать свое отличие от нормально видящих детей, а в подростковом возрасте тяжело переживают свой физические недостаток. У детей складывается специфическая самооценка: незрячие подростки склонны относить себя к крайне положительным или крайне отрицательным значениям на шкале самооценки. То есть их самооценка либо некритично завышена, либо они чувствуют неуверенность в себе при решении встающих жизненных задач.

### 8.5 Психологические основы помощи детям с нарушениями зрения

Важнейшим принципом осуществления работы по коррекции и реабилитации детей с нарушениями зрения является принцип *опоры на сохранные возможности детей*. Согласно этому принципу преодоление недостатков зрения происходит через его социальную компенсацию, приобщение к зрительному опыту через социальные средства, в первую очередь, через речь. Преодоление недостаточности зрительного восприятия происходит через активное использование обоняния, тактильного восприятия, слухового восприятия. Воспринятые и созданные с помощью сохранных перцептивных систем образы должны подвергаться анализу, запоминанию, интеллектуальной обработке. Важным является использование речи в процессе создания чувственных образов, когда каждый образ детально описывается и обобщается через отнесение к категории сходных образов. Этот процесс обозначается как интеллектуализация и вербализация сенсорного опыта.

Обогащение кинестетического и тактильного опыта незрячих и слабовидящих необходимо распространять на познание не только предметного, но и социального мира (мир социальных явлений, общения, познание другого человека).

Специфической задачей коррекционной работы с детьми с нарушениями зрения является развитие зрительного восприятия у слабовидящих детей, их пространственной ориентировки, а также практического интеллекта. В этом случае используется остаточное зрение, однако, при работе с людьми с остаточным зрением необходимо ориентироваться на медицинские показатели, так как в ряде случаев офтальмологи рекомендуют не пользоваться активно остаточным зрением, так как оно может быть окончательно утрачено при высокой нагрузке на зрительный анализатор.

Психологическая помощь детям с нарушениями зрения направлена на формирование у них социальной компетентности, умений адаптироваться в среде зрячих людей. Для этого необходимо учить детей ориентироваться не только в ближайшем пространстве, но и в более широком пространственном, и что особенно важно, социальном окружении. Особая задача – ориентация детей в быту и среди других людей, что требует развития социального интеллекта и коммуникативных навыков.

Таким образом, важнейшей общей задачей коррекционно-развивающей работы с детьми с нарушениями зрения является создание условий для компенсации недостаточности зрения. Система компенсации слепоты у детей возникает не автоматически, так как она связана, с одной стороны, с появлением недостатков зрения, а с другой – с включением незрячего человека в активную деятельность по адекватному отражению воспринимаемых свойств объектов внешнего мира. У незрячего или слабовидящего человека происходит функциональная перестройка структуры восприятия окружающего мира, когда изменяется соотношение основных сенсорно-перцептивных систем, их значимости в целостном процессе познания. Изменяется также и система речевого опосредования, означивания воспринятой внешней информации.

С целью обеспечения самостоятельности лиц с недостатками зрения разработаны специальные тифлотехнические средства, позволяющие заменить дефицитарную зрительную функцию. Так, существует система чтения, основанная Луи Брайлем еще в 19 веке. Она основана на комбинациях расположения шести точек, которые прокалываются на плотной бумаге. Каждый символ (буква, цифра, другие символы) обозначаются особым сочетанием в пространстве точек. Незрячий человек воспринимает рельефные буквы кончиками пальцев, и тем самым узнает отдельные буквы, а затем и отдельные слова. В наше время созданы компьютерные программы, которые переводят все содержание на экране компьютера в звуковую форму: голос компьютера считывает и проговаривает изображенное, что позволяет незрячему человеку воспринимать читаемое с помощью слуха. Незрячий человек также может читать звуковые книги, записанные голосом диктора на электронный носитель.

Как отмечает известный исследователь в области тифлопсихологии Л.И. Солнцева [9–11], различия в понимании психического развития незрячего ребенка обусловлены тем, что одни авторы рассматривают незрячего прежде всего как аномально развивающегося человека (человек минус зрение), а другие видят в нем, наоборот, активную развивающуюся личность, способную восполнять непосредственные недостатки наглядного (зрительного) восприятия комплексной опосредованной познавательной деятельностью. В исследованиях, проведенных под руководством Л.И. Солнцевой, не обнаружено прямой зависимости развития психических процессов от остроты центрального зрения детей. Наоборот, доказана прямая их зависимость от обучения, от того, насколько целенаправленно и своевременно проводилась работа по обогащению чувственного опыта, созданию системы представлений у детей. Благодаря развитию органов чувств, умения интерпретировать образы восприятия, навыкам высшей познавательной деятельности вне зависимости от возраста незрячего обеспечивается развитие компенсаторных процессов.

Необходимым условием образования системы компенсации слепоты в любом возрасте является развитие мотивации деятельности и становление активной позиции по отношению к окружающему миру. Особое значение имеет правильно организованная активная и самостоятельная деятельность незрячих детей, поскольку существует прямая связь между активностью, сознательностью, самостоятельностью ребенка и процессами компенсации и восстановления нарушенных функций.

Для компенсации слепоты необходимо, чтобы ребенок обладал достаточно развитыми процессами предметного восприятия на основе сохранных анализаторов, развитыми движениями, имел четкие дифференцированные и обобщенные образы представлений об окружающем мире, обладая способностью мысленно отрываться от конкретных вещей и удерживать их образы в памяти, а также активно ими оперировать. Он должен научиться устанавливать связи и отношения между предметами, выделяя их отдельные признаки и качества, т.е. должен овладеть сложными мыслительными процессами.

Как отмечает Л.И. Солнцева [8], вторичные нарушения возникают не у всех детей, их можно предупредить за счет компенсаторных процессов. Она определила условия, необходимые для формирования компенсаторных процессов. Первым необходимым условием является постоянное общение с ребенком, использование всех сохранившихся анализаторов (остаточного зрения, слуха, осязания, вкуса и т.д.). Вторым важным условием развития компенсации слепоты является сочетание дистантного слухового восприятия с контактным тактильным и осязательным, установление связей между осязаемыми объектами и их звуковой характеристикой, что позволяет незрячему ребенку выделять звук как сигнальный признак предметов и явлений. Третьим условием создания системы компенсации слепоты является активизация моторной деятельности детей, развитие их движений. Огромную роль здесь играет побуждение ребенка к установлению связей «рука – рот», «рука – рука» на основе раздражений, идущих от мышц и сухожилий.

۞ ***Иллюстрация***

Приведем характеристики развития двух незрячих детей, одинаковых по полу, возрасту и вербальному интеллекту. Описания даются по работе Д. Станимирович [14]. Согласно характеристикам, мальчики различаются разным уровнем развития, прежде всего самостоятельности, способности к ориентации в пространстве и к передвижению, возможностями общения со сверстниками. Важную роль в процессах компенсации играют окружающие взрослые, которые формируют у детей соответствующие установки.

Два мальчика, Лека и Лука, 8 лет, полностью незрячие дети, потеряли зрение в возрасте до 2 лет, они имеют одинаковый уровень вербального интеллекта.

*Лека* имеет достаточно хорошую осанку, но немного сутулится, движения рук, ног, головы при ходьбе четкие и скоординированные. Везде ходит самостоятельно, хотя всегда его кто-то сопровождает. Прекрасно ориентируется, может объяснить, что где находится, как туда пройти, расположение зданий, объектов, ориентиров. Каждую деталь хорошо описывает, даже если проходил там первый раз. Учитель пространственной ориентации говорит, что мальчик хорошо работает по картам, у него хорошая ориентация, он ответственен и самостоятелен. У него высокий уровень мотивации к самостоятельным движениям. Но как ученик он не очень успешен, так как школа его вообще не интересует.

Отношение родителей к Леке: они от него многого требуют, не дают никаких поблажек. Когда Лека был маленьким, отец вместе с ним строил дом: отец ставил лестницу, и Лека помогал ему во время кладки кирпичей. Сын участвует во многих делах, ездит на велосипеде, часто выходит из дома. Он всегда активно играл на улице в прятки и другие коллективные игры. Любит исследовать окрестности, и близкие это одобряют.

*Лука* сидит с согнутой головой, весь согнут, постоянно с ранцем за плечами, при ходьбе не поднимает ног, они заплетаются, поднимает плечи и немного качает головой. В закрытом пространстве прикасается рукой к стене. Во дворе, когда идет самостоятельно, держит руки перед телом на высоте головы. Редко его можно увидеть ходящим по двору. По окрестностям Лука нигде не ходит самостоятельно, ни около школы, ни около дома. Во дворе знает, что и где находится, но не может точно показать. Слабо использует звук от окружающего при ориентировке. Не имеет никакого представления, где и что находится в ближайших окрестностях. Полностью дезориентирован. Очень низкая мотивация к самостоятельному движению.

Учитель сообщил, что мальчик пространство не понимает, во всем медлителен, плохо ориентируется по картам и часто отказывается работать, плохо ходит и слишком инертен.

Отношение родителей к Луке. Лука – ребенок, о котором очень заботятся близкие, мать постоянно следит за ним. Играл он всегда один, общества у него не было. Он так говорит об этом: «Здесь, скажем, у меня нет общества. Они там собираются играть в футбол, а я этого не могу. Мы переселились, и здесь никого не знаем. А там у меня тоже не было общества». У мальчика всегда было много игрушек, все ему покупали. А сейчас много внимания обращают на его интеллектуальное развитие. Мать считает, что это для него лучше всего. Своими поступками она делает его зависимым и несамостоятельным.

### 8.6 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания

1. Какую роль играет зрение в жизни человека, в развитии ребенка?

2. Каковы специфические характеристики зрения?

3. Из каких отделов состоит зрительный анализатор, какую функцию выполняет каждый отдел?

4. Сторонником какой точки зрения на развитие незрячего ребенка Вы являетесь:

а) развитие ребенка является серьезно нарушенным;

б) развитие ребенка серьезно не страдает, так как действуют механизмы компенсации?

Приведите аргументы в поддержку каждой из приведенных точек зрения.

5. При каких условиях возможна максимально полная компенсация нарушений в развитии незрячего ребенка?

6. Какие виды нарушений зрения у детей Вы знаете?

7. По каким признакам у детей в период младенчества можно определить, что у него есть серьезные нарушения зрения, вплоть до слепоты?

8. По каким признакам вы определите, что у ребенка-дошкольника есть серьезные нарушения зрения?

9. Сравните особенности психического развития детей со следующими видами нарушений зрения (найдите сходство и различия):

– незрячие и слабовидящие;

– незрячие с рождения и ослепшие;

– рано ослепшие и поздно ослепшие;

– слабовидящие и поздно ослепшие.

10.Объясните, как Вы понимаете явление вербализма в развитии речи детей с нарушениями зрения?

11. Как можно объяснить тот факт, что среди незрячих детей дошкольного и младшего школьного возрастов широко распространены нарушения произношения звуков и слов? Ведь детям доступно восприятие и понимание речи в полном объеме, так как слух у них полностью сохранен, и возможности правильного произношения по подражанию на слух сохранны.

12. Почему у незрячих детей часто наблюдаются стереотипные повторяющиеся движения, на основании которых их ошибочно относят к детям с аутистическими нарушениями? Как можно различить детей этих двух категорий?

12. Какие направления коррекционной работы с детьми с нарушениями зрения можно обозначить:

1) с незрячим ребенком;

2) со слабовидящим ребенком?

Обоснуйте эти направления с помощью понятия «структура нарушений».

***Практическое задание № 1.*** Прочитайте отрывок, приведенный ниже. Проанализируйте, с помощью каких органов чувств воспринимает окружающий мир незрячая девочка Габи. Какой орган чувств является ведущим в этом процессе? Какую роль играет речь (обозначение предметов и явлений словами) в ее познании мира?

«Для Габи не безразлично, что надеть. Она всегда спрашивает, какую одежду ей надевают. Девочка чувствует, что ей к лицу, а что не идет, и следит за тем, чтобы я ее не обманула. Иногда она говорит, что хотела бы надеть красный свитер, от которого не чешешься. У нее особые представления. Габи может даже назвать свои вещи по цвету ткани. Она спрашивает меня: «Какого цвета эти брюки?». Я говорю: «Теперь ты надеваешь синие брюки». Несмотря на то, что все ее брюки из однотипной ткани, она, ощупав их пальцами, точно называет цвет. Габи всегда хочет быть одетой со вкусом. Если же мы идем в гости, она просит одеть ее нарядно» [17, с. 43].

«Кроме умения ощупывать предметы, у Габи сильно развиты слух и обоняние, намного сильнее, чем у нас. В этом мы убеждаемся на прогулках. Во время непринужденной беседы Габи вдруг говорит: «Мамочка (или папочка), прислушайся, какая это птица так красиво поет?»

Мы с мужем вообще не обратили на это внимания. А ведь на самом деле какая-то птичка издает чудесные звуки. Мы не знаем, что за птичка, но Габи хочет обязательно узнать. Габи четко различает шумы на улице. По звукам она определяет номера маршрутов автобусов (67-й или 47-й?) или в каком мы магазине (электротоваров или продовольственном?). Габи всегда интересуется, куда мы идем. Когда мы проходим мимо булочной, она говорит: «Хм, здесь пахнет хлебом». По запаху типографской краски Габи определяет, что в этом магазине продаются книги и картины. Она всегда чувствует и знает, что мы уже дома. Итак, запахи улицы она воспринимает более обостренно, чем другие люди. Когда мы идем по мостовой, чтобы встретить нашего папу, Габи точно знает эту дорогу. Если же мы идем в обход нашего дома, она говорит: «Но, мамочка, мы идем не по той дороге; разве ты не хочешь встретить нашего папу?» Я говорю тогда: «Ты права, но я должна зайти еще в магазин за покупками».

Габи чувствует время и расстояние. Если, например, мы идем со стороны парка, то Габи определяет, что недалеко живет бабушка. Если же со стороны площади, то она знает, что мы скоро будем дома. Она никогда не ошибается: «Мамочка (или папочка), мы уже дома».

Когда мы сворачиваем в переулок, где расположен наш дом, Габи ощущает всегда дуновение ветра, хотя на улице не ветрено. Профессор по глазным болезням объяснил нам, что у Габи сильно развито ощущение движения воздушных масс» [17, с. 44].

***Практическое задание № 2.*** Попытайтесь представить мир глазами ребенка, лишенного зрения. Опишите, каким образом незрячий ребенок в возрасте 6 лет воспринимает, распознает и узнает следующие объекты:

- знакомого человека;

- нового, незнакомого человека;

- поездку в машине по знакомому маршруту;

- понятие «фрукты»;

- выражение «это очень-очень далеко»;

- свою любимую игрушку и книгу.

### 8.7 Библиография по теме «Дефицитарное психическое развитие: дети с нарушениями зрения»

1. Блинникова, И.В. Роль зрительного опыта в раннем психическом развитии детей / И.В. Блинникова // Психологический журнал. – 2000. – Том 21, № 3. – С. 49–54.
2. Блинникова, И.В. Ранние этапы развития речи в условиях зрительной депривации / И.В. Блинникова // Психологический журнал. – 2004. – Том 25, № 2. – С. 55–65.
3. Вартанян, И.А. Физиология сенсорных систем: руководство / И.А. Вартанян. – СПб. : Лань, 1999. – 224 с.
4. Выготский, Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах / Л.С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5 : Основы дефектологии / под ред. Т.А. Власовой. – 368 с.
5. Ермаков, В.П. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения: справочно-метод. пособие для учителей / В.П. Ермаков, Г.А. Якунин. – М. : Просвещение, 1990. – 223 с.
6. Ермолович, З.Г. Тифлопсихология : особенности чувственного отражения мира слепыми и слабовидящими / З.Г. Ермолович : учеб.-метод. пособие. – Минск : БГПУ им. М. Танка. – Ч. 1. – 71 с.
7. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей / В.В. Лебединский. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 162 с.
8. Литвак, А.Г. Тифлопсихология: учеб. пособие для пединститутов / А.Г. Литвак. – М. : Просвещение, 1985. – 208 с.
9. Солнцева, Л.И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста / Л. И. Солнцева. – М. : Педагогика, 1980. – 192 с.
10. Солнцева, Л.И. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста / Л.И. Солнцева, С.М. Хорош. – 3-е изд. – М. : ИКП РАО, 2004. – 68 с.
11. Солнцева, Л. И. Тифлопсихология детства / Л.И. Солнцева. – М. : Полиграф сервис, 2000. – 250 с.
12. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. В.И. Лубовского. – М. : Изд. центр «Академия», 2005. – 464 с.
13. Специальная дошкольная педагогика: учеб. пособие для вузов / Е.А. Стребелева [и др.]; под ред. Е. А. Стребелевой. – М. : Изд. центр «Академия», 2002. – 312 с.
14. Станимирович, Д. Значение опыта общения слепого ребенка с физической и социальной средой / Д. Станимирович // Дефектология. – 1999. – № 3. – С. 65–68.
15. Хорош, С.М. Влияние позиции родителей на раннее развитие слепого ребенка / С.М. Хорош // Дефектология. – 1991. – № 3. – С. 88–93.
16. Цетлин, М.М. Особенности темперамента детей первых лет жизни, перенесших раннюю зрительную депривацию / М.М. Цетлин, Т.А. Строганова // Вопросы психологии. – 1997. – № 2. – С. 34–47.
17. Юн, Г. Дети с отклонениями. Родители о своих детях / Г. Юн. – Кишинев : Штиинца, 1987 – 176 с.

# Глава 9 Дефицитарное психическое развитие: дети с нарушением слуха

***Основные понятия.*** *Звук, звуковая волна, высота и громкость звука, бинауральный слух, предметный, речевой (фонематический), музыкальный, интонационный слух, слуховой анализатор, глухота, слабослышание, тугоухость, семиотика, жестовая речь, дактильная азбука, чтение речи с губ, тотальная коммуникация, компенсация глухоты, дефицитарное развитие.*

**Содержание**

9.1 Значение слуха для психического развития ребенка.

9.2 Этиология и классификация нарушений слуха у детей.

9.3 Закономерности психического развития и структура нарушения при недостатках слуха.

9.3.1 Психическое развитие неслышащих детей в раннем возрасте.

9.3.2 Психическое развитие неслышащих детей в дошкольном возрасте.

9.3.3 Психическое развитие неслышащих детей в школьном возрасте.

9.3.4 Психическое развитие слабослышащих детей.

9.3.5 Развитие личности детей с нарушением слуха.

9.4 Специфические виды речи неслышащих людей.

9.5 Психологические основы помощи детям с нарушением слуха.

9.6 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания.

9.7 Библиография по теме «Дефицитарное психическое развитие: дети с нарушением слуха».

**Сурдопсихология –** отрасль специальной психологии, изучающая закономерности психического развития и психологические особенности детей с нарушениями слуха (неслышащих и слабослышащих)

### 9.1 Значение слуха для психического развития ребенка

С помощью слухового анализатора человек ориентируется в разнообразных звуковых сигналах окружающей среды. Звуки окружающего мира разнообразны: одни из них являются неотъемлемым свойством определенных предметов и явлений, а другие возникают при взаимодействии одних предметов с другими. Восприятие звуков является необходимым условием восприятия и понимания разговор­ной речи, речевых интонаций, музыкальных произведений, что делает слухо­вой анализатор необходимым средством познания мира и общения с другими людьми.

При восприятии окружающего мира человек, в первую очередь, использует зрение, ориентируясь на видимые глазом характеристики предмета. Однако в ряде случаев необходимая информация не может быть получена с помощью зрения. Так, восприятие звуков музыки и восприятие слышимой (разговорной) речи возможно только с помощью слуха. Кроме того, в условиях ограниченных возможностей зрения человек использует свой слух. Например, в темноте мы можем узнать по звуку, где расположен телефон или тикающие часы, можем понять, что к дому подъехал автомобиль, что в комнату кто-то вошел, мы ориентируемся в лесу по звуку человеческих голосов или машин и т.д. Иногда только с помощью слуха можно воспринять сигналы опасности: гудок машины, которую человек не может видеть, шорох опасного зверя в лесу, звук от упавшего предмета и т.п.

Все звуки, окружающие человека, по своему характеру делятся на несколько видов. В зависимости от вида звуков принято различать и соответствующие виды слуха:

– *предметный слух* – обеспечивает восприятие звуков, исходящих от конкретных предметов и от их взаимодействия (звук автомобиля, звук скрипящей двери, звук от падения предмета на пол, шум деревьев или ручья и мн. др.);

– *речевой слух* – обеспечивает восприятие речи, а также смысловое различение речевых звуков; этот вид слуха получил также название *фонематического* слуха. В любом языке есть звуки, имеющие сходное звучание, но разный смысл, их называют *фонемами*. В русском языке, в котором имеется 44 фонемы, важно различать мягкость и твердость звука (*л* и *ль*, *т* и *ть*), звуки в ударном слоге и безударном слоге (молок*о* и мол*о*ка), глухие и звонкие звуки (*к* и *г*, *б* и *п*). Для восприятия речи очень важно иметь хороший слух, так как многие звуки в предложениях произносятся без ударения, «проглатываются», нечетко произносятся слияния слов, особенно с предлогами и союзными словами, а также окончания слов. Различение этих звуков является крайне важным для понимания смысла слова или словосочетания (ср., например слова «молоток» и «молотка», «ложкой» и «ложки»);

– *интонационный слух* – обеспечивает восприятие и понимание интонации речи, что очень важно для понимания эмоциональных оттенков речи, характеристик говорящего человека, ведь в нашей речи зачастую интонация и содержание высказывания различаются, и приходится учитывать не только содержание, но и его интонационную окраску, поэтому понимание интонации является необходимым в процессе человеческого общения;

– *музыкальный слух* – обеспечивает восприятие и понимание музыки, различение и узнавание разных музыкальных мелодий.

Для того чтобы понять, как работает слуховая система человека, обеспечивающая полноценное «слышание» звуков окружающего мира, необходимо прежде всего разобраться, какова природа *звука, или акустического сигнала,* который является адекватным раздражителем для слухового анализатора. Сейчас уже хорошо известно, что звук представляет собой упругие колебания среды, в которой он распространяется в виде волн в самых различных средах, включая воздушную среду, которые воспринимаются ухом. Определенные характеристики звуковой волны (физические параметры) соотносятся с определенными характеристиками слуховых ощущений (физиологические параметры). Эти соотношения представлены в следующей таблице.

Таблица 9.1 – Соотношение физических параметров звука и физиологических параметров слуховых ощущений

|  |  |
| --- | --- |
| **Физические параметры звука** | **Физиологические параметры ощущений** |
| Частота звуковых волн | *Высота звука.* Человек различает звуковые волны с частотой от 20 до 20 000 Гц (1 Гц – 1 колебание в секунду). Звуки, частота которых ниже 20 Гц (инфразвуки) и выше 20 000 Гц (ультразвуки), человеком не ощущаются |
| Интенсивность звука, которая зависит от амплитуды звуковых волн | *Громкость звука.* Ощущение громкости нарастает при усилении звука и зависит также от частоты звуковых колебаний, то есть громкость звучания определяется взаимодействием интенсивно­сти (силы) и высоты (частоты) звука. Единицей измерения громкости звука является *бел,* в практике обычно используется *деци­бел* (дБ), т.е. 0,1 бела\* |
| Продолжительность звуковой волны | Продолжительность звучания |
| Звуковой спектр, или состав основных и дополнительных тонов | Тембр, или окраска звука. По тембру можно различить звуки одинаковой громкости и высоты, на чем основано узнавание людей по голосу |

\****Примечание.*** *Примеры интенсивности (громкости) отдельных звуков*: шелест листьев при ветре – 10 дБ; обычный шепот около уха – 25–30 дБ; шум спокойной улицы днем – 50-60 дБ; речь средней громкости – 60-70 дБ; оркестр, громкая музыка по радио – 80 дБ; шум поезда в метро – 90 дБ; шум реактивного самолета (расстояние 25 м) – 140 дБ.

*Чувствительность слухового анализатора* опреде­ляется минимальной силой звука, достаточной для возникнове­ния слухового ощущения. В области звуковых колебаний от 1000 до 3000 в секунду, то есть 1000–3000 Гц, что соответствует человеческой речи, ухо обладает наибольшей чувствительностью. Эта совокупность ча­стот получила название *речевой зоны.* Различение частоты зву­ка характеризуется той минимальной разницей по частоте двух близких зву­ков, которая еще улавливается человеком. При низких и средних частотах человек способен заметить различия в 1–2 Гц. Встречаются люди с абсолютным слухом: они способны точно узнавать и обозначать любой звук даже при отсут­ствии звука сравнения.

Слух имеет важное значение при ориентации человека в пространстве. Благодаря слуху человек может «выстраивать» карту окружающего его пространства только по источникам звука. Так, если человек находится в своей квартире, он по звуку делает вывод, кто из соседей находится дома, кто вышел и пришел, определяет, приехала или уехала машина, слышит, что на дороге двигаются машины, в соседний магазин привезли товар, а на площадке дети затеяли игру в футбол и т.д. Восприятие пространства с помощью звуков возможно благодаря наличию у человека *бинаурального слуха,* то есть способности слышать двумя ушами (приставка *би-* обозначает «два»). Острота бинаурального слуха у человека очень высока: положение источника зву­ка определяется с точностью около 1 углового градуса. Основой этого служит способность нейронов слуховой системы оценивать различия времени прихода зву­ка на правое и левое ухо и различия интенсивности звука на каждом ухе. Если источник зву­ка находится в стороне от средней линии головы, то звуковая волна приходит на одно ухо несколько раньше и имеет большую силу, чем на другом ухе. Оценка удаленности источника звука от тела человека связана с восприятием ослабления звука и измене­ния его тембра.

*Слуховой анализатор*, ответственный за слуховое восприятие, состоит из следующих отделов:

– рецепторный отдел представлен *кортиевым органом*, расположенным в улитке среднего уха; он превращает энергию звуковых волн в энергию нервного воз­буждения;

– проводниковый отдел проводит импульсы от рецепторного отдела к центральному;

– центральный, или корковый отдел, располагается в височных долях обоих полушарий головного мозга.

Наружное и среднее ухо являются *звукоулавливающим, звукопроводящим и звуковоспринимающим аппаратом* слухового анализатора.

Внутреннее ухо (звуковоспринимающий аппарат), а также сред­нее ухо (звукопередающий аппарат) и наружное ухо (звукоулав­ливающий аппарат) объединяются в понятие ***орган слуха***

Работа органа слуха приводит к трансформации энергии звуковых волн в нервный импульс. Сигналы от волосковых клеток поступают в мозг по 32 000 афферентным нервным волокнам, входящим в состав восьмой пары черепно-мозговых нервов. По волокнам слухового нерва даже в тишине следуют спонтанные импульсы с частотой до 100 импульсов в секунду. При звуковом раздражении частота импульсации в волокнах увеличивается и остается повышенной в течение всего периода, когда действует звук.

*Проводниковый отдел*слухового анализатора представлен несколькими подкорковыми структурами: слуховой нерв, ядра продолговатого мозга, нижние бугры четверохолмия среднего мозга, внутренние ядра таламуса, слуховое сияние. Часть волокон ответвляется и поступает в мозжечок, что доказывает связь слуха с чувством равновесия. Структуры проводникового отдела доставляют информацию в центральный отдел слухового анализатора.

*Центральный, или корковый, отдел*слухового анализатора находится в верхней части височной доли переднего мозга (верхняя височная извилина, поля 41 и 42 по Бродману). Большое значение для функции слухового анализатора имеют поперечные височные извилины (извилины Гешля). В центральном отделе слухового анализатора происходит первичный и вторичный анализ поступающей слуховой информации, что выражается в появлении у человека слуховых ощущений и слухового восприятия, которое обеспечивает предметную или смысловую окраску воспринятых звуков.

### 9.2 Этиология и классификация нарушений слуха

Для нормального развития ребенка необходима очень высокая степень сохранности слуха, а между тем слуховая система человека является очень хрупкой и уязвимой. В процессе эволюции слуховая система появилась позднее по сравнению со зрительной системой. Более поздно возникшие в процессе эволюции органы являются и более уязвимыми к действию различных вредоносных факторов. К тому же центр слуха и речи в височной области головного мозга занимает площадь всего лишь в несколько квадратных сантиметров, что повышает его уязвимость.

Проведенные в разных странах исследования показали, что число людей с нарушениями слуха постоянно увеличивается, в том числе в детской популяции. Согласно Л.В. Нейману, в 70% случаев потеря слуха возникает у детей в возрасте 2-3 года. На нашей планете 4–6 % всего населения имеют нарушения слуха в такой степени, которая затрудняет социальное общение, из них 2% людей имеют двустороннее снижение слуха и воспрнимают разговорную речь на расстоянии менее 3 метров, а 4% – выраженную одностороннюю тугоухость [1].

Причины нарушений слуха различны, и они делятся на несколько групп.

*Первая группа* – факторы наследственных нарушений слуха: наследственно обусловленные формы нарушений слуха наблюдаются с частотой от 25 до 50 %, и вероятность рождения ребенка с нарушением слуха очень высока в том случае, если хотя бы один из родителей страдает дефектами слуха.

*Вторая группа* – врожденные факторы (ненаследственные), действующие на плод внутриутробно.

*Третья группа* – факторы, действующие на слуховой аппарат прижизненно. Нарушения слуха часто являются результатом действия нескольких факторов, один из которых называется пусковым, а другие – фоновыми. Пусковой и фоновые факторы могут быть даже отставлены во времени. Фоновыми факторами могут быть перенесенная матерью во время беременности вирусная инфекция, неблагоприятное воздействие на плод антибиотиков, химических веществ, гипоксия ребенка во время родов и др. Последующее заражение ребенка инфекционными или вирусными заболеваниями могут привести уже к тяжелому нарушению слуха. Нарушения слуха также могут быть результатом применения антибиотиков определенной группы, разрушающе действующих на слуховой аппарат (так называемые ототоксические антибиотики), которые применялись для лечения любого другого заболевания, а иногда даже и для спасения жизни ребенка. Стойкое нарушение слуха у ребенка возникает в результате заболеваний носа и носоглотки (хронический насморк, аденоиды), особенно в раннем детстве.

Нарушения слуха могут быть последствиями травм органа слуха, возможно также снижение слуха из-за длительного воздействия сильных шумов (ребенок живет рядом с железной дорогой, ослабление слуха часто возникает у артиллеристов, профессиональных охотников, музыкантов молодежных ансамблей). С возрастом, примерно с 25 лет, происходит естественное снижение слуха, что приводит к слабослышанию и даже к глухоте при наличии дополнительных вредных факторов. В наше время актуальна проблема ослабления слуха у подростков, которые используют плейеры для прослушивания музыки, особенно если они делают это длительное время в течение дня.

В нашей стране широкое распространение получила *медицинская классификация нарушений слуха*, разработанная Л.В. Нейманом, в основу которой положены 2 критерия способности человека воспринимать звуки определенной частоты и силы. Для восприятия разговорной речи человек должен воспринимать частоту звуков в пределах от 500 до 3500 Гц; при потере слуха в пределах от 15 до 80 Дб наблюдается тугоухость, при потере более 80 Дб – глухота. Определяются следующие группы людей с нарушением слуха:

1-я группа – люди со снижением слуха от 25 до 40 дБ (испытывают трудности в определении на слух местоположения говорящего, плохо понимают речь на фоне общего шума).

2-я группа – люди со снижением слуха от 41 до 55 дБ (затруднено понимание речи средней громкости на расстояниях, превышающих 1–1,5 м, не всегда различаются сигналы транспорта, дверные или телефонные звонки).

3-я группа – люди со снижением слуха от 56 до 83-85 дБ, слышат только звук громкого голоса у самого уха и изредка различают отдельные слова.

4-я группа – люди со снижением слуха от 83-85 до 120 дБ, это глубокая, или тотальная глухота; они не слышат ничего, кроме очень громких и резких звуков (гудок тепловоза, проезжающего рядом, звук реактивного самолета).

*Психолого-педагогическая классификация*нарушений слуха решает задачи научного обоснования подходов к обучению и воспитанию детей с нарушением слуха. В практической работе с детьми с нарушением слуха испрользуется педагогическая классификация Р.М. Боскис [2], в основу которой положены такие критерии как степень потери слуха, время возникновения нарушений слуха, уровень развития речи у детей. В этой классификации выделяются *три основные группы детей с нарушением слуха:* глухие (ранооглохшие), слабослышащие (тугоухие) и позднооглохшие.

***Глухие (ранооглохшие) дети*** имеют только остаточный слух. Они воспринимают только очень громкие звуки силой 70–80 дБ, обычно лучше слышат низкие звуки и совсем не воспринимают высокие звуки. В соответствии с позицией Т.В. Розановой, к детям этой группы относят детей с тугоухостью 3-й степени (ощущают звуки 70–85 дБ) и тугоухостью 4-й степени (ощущают только очень громкие звуки 85–100 дБ) [17, с. 140]. Глухие дети имеют стойкое двустороннее нарушение слуха наследственного, врожденного характера или приобретенного в раннем детстве (до овладения речью). Если детей этой группы специально не обучать речи, то она у них не формируется, они могут стать неговорящими, или «немыми», и поэтому таких детей ранее называли глухонемыми. Однако даже обучение речи глухих детей с помощью специальных средств и методов не всегда приводит к формированию речи такого же уровня, как и у слышащих детей. Нарушение слуха и речи приводят к изменениям всех познавательных процессов ребенка, его поведения и эмоционально-волевой сферы.

۞***Иллюстрация***

*Саша* потеряла слух в возрасте одного года после того, как тяжело переболела скарлатиной, в качестве осложнения которой было двустороннее поражение слуховых нервов. Постоянно обучалась у специалистов, посещала специализированный детский сад и среднюю школу для детей с нарушением слуха. В 19 лет она успешно закончила среднюю школу. Она свободно читает с губ речь даже незнакомых людей, знает другие способы общения глухих, она начитана, развита, хорошо подготовлена по всем предметам. Поступает в лесотехнический институт и становится специалистом по озеленению городов. После окончания института она и ее муж (тоже слабослышащий) были оставлены на работу на кафедре, оба увлеченно работают. Они интересные люди не только друг для друга, но и для окружающих. Саша в высшей степени дисциплинированный человек, она умеет ценить время. В практической жизни она полностью самостоятельная, все делает без помощи слышащих людей. Хотя она не в состоянии пользоваться телефоном, не замечает по звуку неполадки в стиральной машине, испытывает затруднения на вокзале или в аэропорту, когда изменения в расписании объявляют по радио. Не понимает речь в темноте или когда говорят за ее спиной. Саша очень требовательна к себе, и глухота усилила эту черту характера, она никогда не бездельничает и всегда добивается поставленной цели (излагается по [8]).

***Слабослышащие (тугоухие) дети*** – дети с частичной недостаточностью слуха, которая приводит к нарушению речевого общения ребенка. Среди детей этой группы различают тугоухость 1-й степени (если ребенок начинает слышать звуки громкостью 20–50 дБ) и тугоухость 2-й степени (если ребенок начинает слышать звуки от 50 до 70 дБ). Недостатки слуха у детей приводят к нарушению восприятия на слух речи, восприятию ее в искаженном виде. Однако разброс вариантов психического развития ребенка и развития его речи очень широк, и он зависит, в первую очередь, от тех социально-педагогических условий, в которых ребенок растет, развивается и обучается. Психическое развитие таких детей может приближаться к нормальному, а ребенок к моменту поступления в школу может иметь развитую речь с небольшими ошибками в произношении отдельных слов или звуков. В то же время слабослышащий ребенок при неблагоприятных условиях в этом же возрасте может пользоваться только отдельными словами в речи, а особенности их развития могут быть сходны с развитием неслышащих детей.

***Позднооглохшие дети (глухие, сохранившие речь)*** *–* к этой группе относят детей, потерявших слух вследствие какой-либо болезни или травмы после того, как они овладели речью, то есть после трех лет. Важнейшим критерием отнесения детей к позднооглохшим является не возраст утраты слуха, а именно наличие развитой речи. Степень утраты слуха у них может быть разной: либо близкой к глухоте, либо близкой к слабослышанию. У детей может появиться острая реакция на то, что они перестали слышать звуки, воспринимают речь искаженно, перестали понимать, что им говорят. Дальнейшее развитие ребенка будет зависеть от того, можно ли научить его воспринимать устную речь или использовать специальную речь глухих (об этом см. ниже). В благоприятных условиях развитие речи и психических процессов приближается к нормальному развитию, однако не всегда удается устранить своеобразие формирования личности и общения с окружающими.

۞***Иллюстрация***

*Анастасия –* московская школьница, легко училась в школе, без труда поступила в институт, увлекалась музыкой и литературой. В институте начала подрабатывать, на предвыпускном курсе вышла замуж. В 21 год случилась беда. У Аси было легкое гриппозное состояние, но она посещала лекции. После лекций почувствовала нарастающий шум в ушах, не смогла вести разговор по телефону, так как ничего не слышала. По дороге домой едва не попала под машину, опомнилась, только услышав брань возле самого уха (это кричал шофер, успевший затормозить). Это было последнее, что она услышала в жизни. Наступила глухота вследствие неврита слуховых нервов, которая была следствием не только гриппа, но и перенесенного в детстве заболевания менингитом. После болезни со слухом что-то произошло, правое ухо практически не слышало, а вот левое взяло на себя функции двух ушей. После стрессовых ситуаций у нее появлялся шум в ушах, окружающие звуки слышала плохо.

Положение казалось Асе безнадежным, жить ей не хотелось, не хотелось и посещать занятия в институте. Помогли однокурсники, которые убедили продолжить учебу. На занятиях писала, глядя в тетрадь сидевшего рядом, приходилось заниматься, наверстывая то, что ранее давалось легко. Ася успешно закончила институт, но найти работу ей было очень трудно. С большим трудом устроилась в научно-исследовательский институт, пришлось учить других людей привыкать к себе, к своему нарушению. С опытом пришло уважение и понимание коллег (излагается по [8]).

### 9.3 Закономерности психического развития и структура нарушения при недостатках слуха

Психологические особенности детей с нарушением слуха и особенности развития психики в условиях слуховой депривации изучались в работах Т.Г. Богдановой, Р.М. Боскис, Г.Л. Зайцевой, Т.В. Розановой, И.М. Соловьева, Ж.И. Шиф, Н.В. Яшковой, белорусских психологов Т.А. Григорьевой, Т.И. Обуховой и др.

Психическое развитие детей с нарушением слуха подчиняется тем же закономерностям, что и развитие всех детей с отклонениями в развитии. Все дети испытывают трудности во взаимодействии с окружающим миром, у них наблюдаются специфические способы его познания, устанавливаются особые отношения с людьми, складываются специфические особенности их личности и самосознания. Психическое развитие при нарушении слуха относится к дефицитарному психическому развитию – развитие психики ребенка протекает в условиях недостаточности одной из анализаторных систем – слуховой системы. При дефицитарном типе психического дизонтогенеза первичное нарушение вызывает множественные вторичные нарушения разного порядка, которые непосредственно отражают первичное нарушение. В результате происходит нарушение межфункциональных связей, что изменяет структуру познавательной деятельности детей, развивающихся в условиях слуховой депривации. У детей с нарушением слуха наблюдается несоразмерность в развитии наглядно-действенного и словесно-логического мышления, а письменная речь приобретает у них большее значение по сравнению с устной речью, импрессивная речь преобладает над экспрессивной. Дети с нарушением слуха овладевают одновременно несколькими видами речи, каждая из которых дополняет друг друга: это словесная и жестовая речь, дактильная азбука, чтение речи с губ и лица говорящего. Все эти особенности сказываются на развитии всех психических процессов, на развитии личности детей, во многом определяют их интересы и мотивы поведения.

Важнейшей закономерностью психического развития, специфичной для детей с нарушением слуха, является *нарушение психических функций вследствие снижения уровня речевого опосредования*. Недоразвитие речи, являющееся прямым следствием нарушения слухового восприятия и понимания речи, не может не привести к нарушениям всех высших психических функций, которые по природе своей носят опосредованный знаками (речью) характер и являются произвольными. Если бы этой закономерности не существовало, то все психические функции у ребенка с нарушением слуха, не связанные непосредственно с речью, должны были бы оставаться абсолютно сохранными. К таким функциям можно отнести, например, зрительное и тактильное восприятие, наглядно-действенное мышление, воображение посредством образов. Действительно, у детей с нарушением слуха данные психические функции на ранних этапах развития практически не страдают. Однако при усложнении видов деятельности и общения ребенка, перцептивных и мыслительных задач дети с нарушением слуха начинают отставать от своих нормально слышащих сверстников. Это происходит потому, что решение сложных задач требует включения внутреннего плана деятельности, оперирования знаками, важнейшим из которых является речь. При овладении детьми жестовой и другими специфическими видами речи неслышащих речевое опосредование начинает замещаться жестовым опосредованием, и психические функции могут развиваться по обычным законам.

Иллюстрация описанных закономерностей дана ниже, при изложении вопроса об особенностях развития детей с нарушением слуха в разные возрастные периоды.

***Структура нарушения при дефицитарном психическом развитии (дефицитарность слуха)***

*Первичное нарушение* – отсутствие или снижение уровня слуха (слуховых ощущений).

*Вторичное нарушение* – разнообразные нарушения всех тех психических функций, для реализации которых необходим слух, замедление или недоразвитие тех функций, которые прямо или опосредованно связаны с «выпавшей» анализаторной системой, то есть со слухом:

- вторичное нарушение первого порядка: отсутствие или недоразвитие слухового восприятия, которое приводит к расстройствам понимания речи, вызванное этим недоразвитие собственной речи и нарушение речевого общения;

- вторичное нарушение второго порядка – следствие нарушений речи и речевого общения, нарушения познавательных процессов (восприятия, памяти, мышления, воображения); особенно страдает словесно-логическо мышление, что хорошо заметно при сравнении с наглядными видами мышления; нарушение речевого опосредования психических процессов приводит к недоразвитию их произвольности.

*Третичное нарушение* – нарушения развития личности вследствие ограниченного общения с другими людьми с использованием речевых средств, трудностей понимания и описания своего внутреннего мира, рефлексии своего поведения из-за недоразвития внутреннего плана деятельности

*Сохранные функции –* функции, не связанные со слухом, развиваются относительно нормально, без нарушений или с минимальными нарушениями, к ним, в частности, относятся зрительное восприятие, наглядные виды мышления. Однако недостаточность речевого опосредования сказывается и на развитии наглядных форм мышления, изобразительной деятельности, осмысленности и обобщенности зрительного восприятия.

Так как высшие психические функции как сложные системы обладают высокой пластичностью, это позволяет осуществлять внутрисистемные и межсистемные функциональные перестройки, что в значительной степени позволяет компенсировать отклонения в психическом развитии детей с нарушением слуха. Такая компенсация возможна только в процессе обучения и воспитания, адекватного характеру психического развития ребенка, которое осуществляется в условиях слуховой депривации.

Рассматривая далее особенности психического развития детей с разной степенью нарушений слуха в разные возрастные периоды, необходимо подчеркнуть, что *особенности развития таких детей в огромной степени зависят от того, развивается ребенок в адекватных условиях или нет.* Учитывается ли структура его нарушения, создаются ли условия понимания ребенка взрослыми, понимания ребенком речи взрослого, правильно ли организуется общение с ребенком, в котором взрослый ориентируется на другие способы и каналы общения с ребенком, кроме слуха и т.д.? Результаты исследований, в которых описываются особенности психического развития детей с нарушением слуха, должны рассматриваться читателем именно под таким углом зрения. В тех случаях, когда результаты исследований свидетельствуют, что развитие детей с нарушением слуха незначительно отличается от развития детей с сохранным слухом, вероятнее всего, это дети детям, которые получали систематическую сурдопедагогическую помощь и обучались в адекватных условиях. Поэтому при оценке результатов исследований всегда необходимо делать поправку на учет условий развития детей с нарушением слуха. А максимально раннее начало специальной работы с ребенком с нарушением слуха, правильное общение с ним, правильное обучение и воспитание при прочих равных условиях приведут к более высоким результатам в развитии таких детей.

**9.3.1 Психическое развитие неслышащих детей в раннем возрасте**

В первые месяцы жизни неслышащий ребенок почти не отличается от детей с сохранным слухом. Он может казаться более спокойным, чем обычные дети, потому что раздражающие звуки такого ребенка не беспокоят. Общение ребенка со взрослым также может ничем не отличаться от общения детей с сохранным слухом, так как в общение включаются улыбка, мимика взрослого человека, его движения, которые неслышащий ребенок воспринимает без ограничений. Но постепенно развитие неслышащего ребенка начинает отличаться от развития слышащих детей.

*Эмоциональное общение.* Со второго-третьего года жизни ребенок с нарушением слуха начинает заметно отличаться от ребенка с нормальным слухом. В норме звуки выполняют для ребенка роль сигналов, и их роль возрастает тогда, когда ребенок не видит предмет или человека, а ориентируется на них только по звукам. Неслышащий от рождения ребенок обычно имеет остаточный слух в диапазоне низких и средних звуковых частот, что дает ему возможность слышать громкие низкие звуки. В обращенной громкой речи он может различить только отдельные гласные звуки и некоторые отчетливо произносимые слова. Внимание ребенка не привлекается звучащими предметами, следовательно, обедняется и зрительное восприятие, так как у ребенка уменьшаются возможности зрительной фиксации предметов.

У ребенка с нарушением слуха трудности в становлении эмоционального общения со взрослым возникают достаточно рано. Эмоциональное общение, наиболее полно представленное в комплексе оживления, в качестве одного из компонентов включает сосредоточение ребенка на звуках голоса человека, а также вокализации, возникающие в ответ на речевые обращения взрослого к нему. У ребенка с нарушением слуха в структуре комплекса оживления отсутствует либо очень слабо выражены сосредоточение на звуках человеческого голоса и вокализации. За счет действия механизма компенсации у неслышащих детей зрительное сосредоточение на лице взрослого преобладает и даже замещает функции отсутствующего слухового сосредоточения. Взгляд ребенка начинает выполнять различные функции.

Комплекс оживления может быть либо богат своими проявлениями, либо слабо выражен, что зависит от поведения матери с ребенком. Если взрослые поддерживают ребенка, активно используют мимику, выражают положительные эмоции, используют движения тела, направленные к ребенку, то комплекс оживления у неслышащего ребенка будет мало отличаться от нормы.

*Развитие речи.* Гуление у неслышащих детей обычно возникает в те же сроки, что и у слышащих, однако оно быстро затухает, так как не находит подкрепления слуховым опытом ребенка. А лепет без специальной стимуляции у детей не появляется.

Неслышащий ребенок, воспитывающийся в среде слышащих, обычно пользуется жестами для целей общения, произносит несколько лепетных слов, расширяя их значение на несколько предметов. При условии проведения комплексной логопедической работы, использовании слуховых аппаратов неслышащий ребенок к трем годам может овладеть отдельными словами для общения и обозначения отдельных предметов, хотя звукопроизношение слов будет неточным и искаженным.

В исследовании Е.И. Исениной [17] установлено, что у неслышащих детей в возрасте до двух лет медленнее формируется функциональное значение жеста, так как его правильному использованию помогает речь, которая у таких детей не развивается. Однако неслышащими детьми для привлечения и удержания внимания взрослых жесты используются более активно, чем слышащими детьми, при этом жест всегда сопровождается взглядом. Усиливается также роль эмоциональной экспрессии в общении ребенка со взрослым: неслышащий ребенок сохраняет нужное для воздействия выражение лица в течение всего высказывания. Эмоциональная экспрессия передает внутреннее состояние ребенка, его отношение к партнеру по общению.

*Развитие движений.* Дети с нарушениями слуха отстают от нормально развивающихся детей по развитию движений. По данным А.А. Венгер, Г.Л. Выгодской, Э.И. Леонгард, 70% детей позже срока начинают держать голову, позднее, чем положено, начинают сидеть, стоять и ходить. Задержка в становлении самостоятельной ходьбы отмечается у 50% таких детей, однако это может свидетельствовать и о наличии других органических поражений нервной системы. Особенности развития моторики проявляются как в передвижении, так и в действиях с предметами [4].

В развитии предметно-манипулятивной деятельности у неслышащих детей также наблюдается отставание, особенно в развитии предметных действий. В предметной деятельности ребенок усваивает специфически человеческое значение предмета и использует предметы в соответствии с их назначением, начинает правильно использовать предметы как орудия, учится переносить действия с одного предмета на другой. У неслышащих детей без специального обучения развитие предметных действий совершается медленно и неравномерно. По данным А.А. Венгер, Г.Л. Выгодской, Э.И. Леонгард [4], некоторые виды предметных действий появляются у детей только после двух с половиной лет и даже позже. Труднее всего у детей складывается умение переносить действие с одного предмета на другой, например, расчесывать не только куклу, но и игрушечных животных, надевать тапочки (прикладывать их) к нижней части различных предметов, как это делают слышащие дети. У ненсылашащих детей раннего возраста преобладающим видом игровых действий является манипуляция с предметами. После трех лет наряду с манипуляцией у детей появляются процессуальные действия, которые являются основным содержанием игры большинства детей.

*Наглядно-действенное мышление.* Н.В. Яшкова [19] установила, что неслышащие дети приобретают умение решать наглядно-действенные задачи в более старшем возрасте, чем слышащие. Эти дети не владеют обобщенным способом действия, поэтому им требуется в четыре раза больше времени и в три раза больше показов, чтобы научиться решать такие задачи. Обобщенные способы действия закрепляются с помощью речи, поэтому при задержке в становлении речи отстают в своем развитии и обобщенные способы действий. Тем не менее, при обеспечении оптимальных условий развития неслышащего ребенка по развитию предметно-практического мышления он может находиться на том же уровне, что и слышащие дети.

Таким образом, неслышащий ребенок к трем годам при обеспечении условий для его полноценного развития не отстает в развитии от слышащих детей в предметно-практической деятельности, в области познавательного развития. При этом неслышащий ребенок очень сильно отличается от детей с сохранным слухом по уровню развития речи.

**9.3.2 Психическое развитие неслышащих детей в дошкольном возрасте**

Сюжетно-ролевая игра дошкольников с нарушением слуха обнаруживает определенное сходство с игрой детей с сохранным слухом. Неслышащие дети также воспроизводят в играх свои впечатления об окружающей действительности, об отношениях людей. Однако, как показало исследование Г.Л. Выгодской [4], игры глухих дошкольников дольше, чем у слышащих, задерживаются на этапе предметно-процессуальных игр; их сюжетные игры однообразнее и упрощеннее, чем у слышащих сверстников. Так как неслышащие дети воспринимают действительность менее обобщенно из-за нарушений речи, они не всегда воспринимают главное и существенное, поэтому в сюжетно-ролевой игре не всегда отражают главный смысл ситуации, а воспроизводят второстепенные детали (например, в игре в «доктора» детям отказывают в приеме, если он не постучал в дверь). Иногда игра сводится к детальному изображению какого-либо одного действия, при этом смысл отображаемой деятельности и отношений людей остается для детей скрытым. Зачастую обнаруживается тенденция к стереотипности действий, когда дети механически однообразно повторяют одни и те же слова и действия.

Неслышащие дети испытывают трудности и при использовании предметов-заместителей, или игровом употреблении предметов. Слово (игровое название предмета) еще не диктует неслышащему ребенку способ действия с этим предметом, как это происходит у слышащих дошкольников. Если взрослый предложил использовать карандаш в качестве ножа в игре, ребенок, даже согласившись с этим, все равно использует в игре карандаш в качестве карандаша (рисует по поверхности стола). Эти данные свидетельствуют о трудностях в развитии воображения, которые определяются недостаточностью использования речи в ее символической функции, функции замещения. Такие же трудности испытывают дети и при принятии на себя игровой роли, так как из-за слабости воображения неслышащий ребенок трудно принимает на себя роль другого человека. Детям также трудно дается воспроизведение в игре обобщенного образа другого человека (например, ребенок изображает не врача вообще, а врача детского сада, не маму вообще, а только свою собственную маму, называя каждого из персонажей не обобщенным, а его конкретным именем).

Все специфические особенности сюжетно-ролевой игры у неслышащих детей дошкольного возраста Г.Л. Выгодская объясняет задержанным развитием речи у детей. Недостатки развития смысловой стороны речи, обобщающей и регулирующей функции слова проявляются в том, что слово не всегда направляет и определяет выполнение игровых действий. Задержка речевого развития затрудняет и создание воображаемой игровой ситуации.

У неслышащих детей на протяжении дошкольного возраста сохраняются некоторые трудности в развитии двигательной сферы. Это проявляется в неустойчивости, в трудностях сохранения статичного и динамичного равновесия, недостаточной точности, координации, неуверенности движений. Особенно заметны трудности выполнения пространственно-ориентированных движений и пространственной ориентировки в целом. Это можно объяснить связью нарушений слуха с нарушением равновесия.

В развитии сенсорной сферы у детей дошкольного возраста наблюдаются некоторые специфические особенности. Зрительное восприятие у неслышащих детей отличается тем, что узнавание предметов у них замедленное, так как им необходимо больше времени для того, чтобы выделить информативные признаки предметов. По данным А.А. Венгер и Л.А. Венгера [4] неслышащие дошкольники способны различать предметы по форме. Дети справляются с заданием на складывание картинок из 2–5 частей, что свидетельствует о наличии у них целостных образов предметов. Однако только половина детей старше шести лет смогли сложить картинку из 5 частей, что свидетельствует о том, что способность синтезировать целостный образ развивается у неслышащих детей медленнее, а неполнота анализа часто приводит к неверному объединению элементов.

В исследовании Ж.И. Шиф [14] показано, что неслышащие дошкольники различают основные и дополнительные цвета и могут идентифицировать предметы по цвету. Однако определение предметов по цветовому тону при разной степени его «светлоты» оказывается возможным только при овладении ими соответствующими словесными обозначениями.

Исследование Н.В. Яшковой [19] показало, что неслышащие дошкольники испытывают затруднения в восприятии и понимании перспективных изображений, пространственно-временных отношений между предметами, у них возникают трудности в восприятии предметов в движении, в необычном ракурсе. Описанные трудности зрительного восприятия показывают нарушение взаимодействия между зрительным восприятием и речью, так как речь недостаточно включена в процессы восприятия, что снижает уровень его категоризации и осмысленности.

Итоги психического развития неслышащих детей в дошкольном возрасте в сравнении с развитием слышащих детей стали предметом исследования группой сотрудников Института коррекционной педагогики (Т.В. Розанова, Т.В. Нестерович, М.Ю. Рау, Н.В. Яшкова и др.). Изучался уровень развития мышления, памяти и речи неслышащих детей [17]. Исследования Т.В. Розановой показали, что при непроизвольном запоминании наглядного материала неслышащие дошкольники по сравнению со слышащими детьми хуже запоминают места расположения предметов. По характеру произвольного запоминания неслышащими детьми наглядного материала можно сделать вывод о том, что в их памяти образы предметов организованы менее системно, чем у слышащих дошкольников, неслышащие дети реже пользуются приемами опосредованного запоминания.

Наглядно-действенное мышление дошкольников изучалось при выполнении детьми задач разной степени сложности (конструирование домиков из кубиков, складывание по чертежу разных геометрических фигур, решение наглядных задач с помощью матриц Равена). Оказалось, что неслышащие дети испытывали в среднем несколько большие трудности при решении задач, чем их слышащие сверстники. И только отдельные неслышащие дети показали уровень наглядно-действенного мышления существенно более низкий, чем у слышащих детей. Труднее всего неслышащим детям давалось мысленное расчленение образца на части и выполнение заданий по аналогии.

*Характеристика речи неслышащих детей 6–7 лет.* Дети правильно называют 6–8 предметов из 12 изображенных на картинках, но допускают искажения в составе слова, обозначающего название 2–4 предметов, 2 предмета назывались звуками. При описании 12 сюжетных картинок дети называли в среднем 9,5 предложений по всем картинкам. Высказывание состояло из 2–3 слов. Одни и те же слова повторялись в нескольких предложениях. В предложениях, составленных детьми, наблюдались лексические, грамматические и стилистические ошибки (число грамматических ошибок в 16 раз больше по сравнению со слышащими детьми). По всем показателям речь неслышащих детей существенно отличается в худшую сторону по сравнению с детьми, имеющими сохранный слух.

Общие итоги проведенного исследования позволили сделать вывод о том, что по своему поведению неслышащие дети 6–7 лет незначительно отличались от детей с сохранным слухом. Различия состояли лишь в использовании средств общения: наряду со словесной речью использовалась жестовая речь и естественные жесты. Неслышащие дети к концу дошкольного возраста достигают по многим показателям уровня психического развития, близкого к нормальному. Они хорошо владеют произвольной целенаправленной деятельностью, требующей от них сосредоточения внимания, оценки ситуации деятельности, преодоления возникающих препятствий, они эмоционально адекватно реагируют на свой успех или неудачу при выполнении заданий, стремятся добиться правильного решения. По уровню развития наглядно-действенного мышления и образно-зрительной памяти неслышащие дети соответствуют уровню развития слышащих детей.

По показателям наглядно-образного мышления более двух третей неслышащих детей имеют показатели, сходные с детьми с сохранным слухом. Однако третья часть неслышащих детей могут решать задачи только с опорой на практические действия и с использованием наглядного материала.

Развитие речи у неслышащих детей отличается большим своеобразием. Для них характерно недоразвитие обычной бытовой фразовой речи, которой слышащие дети овладевают уже к двум годам и значительно совершенствуют ее на протяжении дошкольного возраста. Речь неслышащих детей 6–7 лет характеризуется бедным словарным запасом, несовершенна по грамматическому строю. Поэтому у неслышащих детей наблюдается и существенное снижение объема словесной памяти. При этом они используют слова разного уровня обобщенности (родовые и видовые термины) и умеют ими пользоваться. Дети владеют математическими терминами, операциями сложения и вычитания, умениями решать простые арифметические задачи. У них, таким образом, формируются начала словесно-логического мышления.

**9.3.3 Психическое развитие неслышащих детей в школьном возрасте**

Особенности развития психики неслышащих детей школьноговозраста изучались в работах И.М. Соловьева, Ж.И. Шиф, М.М. Нудельмана, Т.В. Розановой и в исследованиях, выполненных под их руководством.

Для детей с нарушением слуха характерно более позднее становление произвольного внимания, что связано с трудностями использования средств внутреннего управления своим вниманием, в свою очередь, это отражает процесс недоразвития речи. В процессе учебной деятельности у неслышащих детей формируется произвольное внимание, его основные свойства, однако наибольший темп его развития приходится на подростковый возраст (у слышащих детей оно формируется на 3–4 года раньше). Процессы восприятия речи по губам, по жестам требуют высокой сосредоточенности и напряженности внимания, что приводит к его неустойчивости и повышенной утомляемости у детей.

В исследованиях ощущений и восприятия неслышащих детей И.М. Соловьевым [14] было установлено, что нарушение работы слухового анализатора отрицательно сказывается и на работе сохранных анализаторов, в частности, у детей уменьшается полнота зрительного восприятия, затруднено развитие кинестетической чувствительности, особенно в области органов речи. Дети затрудняются в выделении существенных признаков при зрительном восприятии предметов, особенно если они малозаметны, что приводит к замедлению скорости зрительного восприятия; особенности большие трудности дети испытывают при осязательном восприяии предметов по контуру. Однако на протяжении школьного возраста зрительное и осязательное вопсриятие у детей существенно улучшается.

Особенности образной памяти неслышащих детей связаны с их умениями осмысливать и вербализовать материал при запоминании, использовать приемы запоминания. Но неслышащие дети редко используют словесные характеристики предметов для их запоминания, они чаще прибегают к другим средствам, таким как жесты или условные жестовые обозначения. Однако в целом дети с нарушением слуха отстают от слышащих детей по умению использовать средства для запоминания, что существенно снижает продуктивность воспроизведения материала (Т.В. Розанова).

Словесная память неслышащих детей еще более своеобразна. Неслышащие дети более успешно запоминают отдельные слова по сравнению с предложениями, и особенно трудно им дается запоминание текстов. Трудности запоминания текстов обусловлены недостатками развития речи и словесно-логического мышления. В процессе кратковременного запоминания неслышащие дети реже по сравнению со слышащими детьми используют прием группировки слов по их значению. Даже старшеклассники плохо умеют пользоваться приемами опосредованного запоминания и воспроизведения. Вместе с тем неслышащие школьники значительно лучше запоминают жесты, чем слова, причем запоминают их так же успешно, как слышащие дети запоминают слова. Жесты при запоминании группируются, систематизируются по их значению, то есть дети используют группировку жестов как способ запоминания материала (И.М. Соловьев, Т.В. Розанова).

На протяжении школьного возраста у неслышащих детей развиваются разные виды мышления. Мыслительные операции используются при решении задач разного типа – как наглядных, так и словесно-логических. При анализе и сравнении предметов неслышащие дети младшего школьного возраста легче и чаще выделяют яркие признаки, бросающиеся в глаза, чем существенные, но малозаметные признаки. Неслышащие дети позднее, чем слышащие, научаются выделять не только различия между предметами и явлениями, но и их сходство. Заметно труднее дается неслышащим детям сравнение предметов по представлению, а не на основе непосредственного восприятия. Решение наглядно-пространственных задач усложняется у неслышащих детей из-за того, что эти дети недостаточно понимают значения слов, выражающих пространственные отношения (над, под, впереди, сзади, между и т.д.).

Наибольшее своеобразие наблюдается в развитии словесно-логического мышления неслышащих детей. Эти дети испытывают большие трудности в овладении понятиями разной меры обобщенности, с трудом умением устанавливать логические связи и отношения между явлениями, событиями и поступками людей, дети не умеют выделять скрытые причины явлений и событий, не умеют устанавливать причинно-следственные отношения, смешивая причину и следствие, отождествляют причинно-следственные и пространственно-временные связи. Наиболее трудными для неслышащих детей оказывается логическая переработка текста, построение умозаключений на основе тех сообщений, которые передаются им в словесной форме. Важными условиями формирования понятийного мышления у неслышащих детей является развитие у них склонности к выполнению мыслительных операций и потребности в самостоятельном открытии новых фактов и зависимостей.

Т.В. Розанова [16] описывает несколько условий развития словесно-логического мышления у неслышащих детей. К ним относятся формирование речи как средства мыслительной деятельности, обучение умению мыслить обратимо, понимать относительность тех или иных явлений, а также развитие всех мыслительных операций (анализ, синтез, сравнение, абстракция, обобщение).

В речевом развитии неслышащих детей ярко выступает их своеобразие по сравнению с детьми с сохранным слухом. Это поздние сроки начала овладения словесной речью, одновременное и параллельное усвоение разных видов речи (словесной, жестовой, дактильной, устной, письменной). Для многих детей характерно своеобразное словесно-жестовое двуязычие. Особенно трудным для неслышащих детей становится овладение словарным составом и грамматическим строем словесной речи. Все эти особенности влияют на развитие других познавательных процессов, прежде всего мышления.

**9.3.4 Психическое развитие слабослышащих детей**

К слабослышащим относятся дети с тугоухостью 1-й и 2-й степеней при достаточно большом диапазоне различения звуков по высоте. Главной отличительной особенностей слабослышащих детей является их способность самостоятельно усваивать устную речь, хотя и в разной степени успешности. Наличие у них способности слышать звуки речи позволяет им усваивать и импрессивную, и экспрессивную речь. Известный советский сурдопедагог Р.М. Боскис [2] предложила выделить слабослышащих детей в особую группу с точки зрения осуществления к ним особого психолого-педагогического подхода, организации их дифференцированного обучения и воспитания. Для их обучения были разработаны программы обучения дошкольников и школьников в специальных дошкольных учреждениях и школах.

Слабослышащие дети с тугоухостью 1-й степени долгое время не распознаются окружающими как дети с проблемами слуха. В бытовых повседневных ситуациях их сохранного слуха вполне достаточно, чтобы заниматься обычными видами деятельности, вступать в общение с окружающими. Их собственной речи, которой они пользуются в повседневной жизни, также достаточно, чтобы она выступала в качестве средства общения. Однако основные проблемы слабослышащих детей возникают, когда они приступают к систематическому школьному обучению. К речи детей в целом начинают предъявляться повышенные требования, причем учебная деятельность предъявляет высокие требования ко всем сторонам речи (фонетической, лексической, грамматической).

*Фонетическая сторона* *речи* – овладение звуковыми средствами языка, которое опирается на речевой слух. Это общая способность воспринимать фонологические средства языка, такие как интонация, сила голоса, темп, тембр речи; это умение различать на слух и адекватно воспроизводить звуковые единицы родного языка.

*Лексическая сторона* *речи* – умение использовать словарный запас, овладение словарным составом родного языка; необходимее условие освоения его грамматического строя, развития связной монологической речи.

*Грамматическая сторона* *речи* – это система морфологических средств оформления грамматических категорий, типы склонений и спряжений, традиционные формы чередования звуков, способы словоизменения и словообразования, построения фраз и предложений.

У слабослышащих детей наблюдаются следующие недостатки речи (Р.М.Боскис):

1) *недостатки звукопроизношения* вызваны снижением способности восприятия звуков речи на слух, с отсутствием у них умения коррекции собственного неправильного звукопроизношения;

2) *ограниченный словарный запас* – наиболее успешно дети запоминают названия предметов из бытового окружения, то есть людей, животных, предметов мебели, посуды, еды; значительно труднее они овладевают названиями действий, качеств, отдельных признаков и свойств предметов и явлений;

3) *недостаточное усвоение звукового состава слова* проявляется в неточностях произношения и в ошибочном написании слов: дети плохо воспринимают на слух звуки речи, находящиеся без ударения и произносимые с пониженной громкостью части слов и отдельные слова, ребенок не может выделить каждый звук в слове и последовательность их произнесения и написания;

4) *неточное понимание и неправильное употребление слов* – дети не различают слова, имеющие сходное произношение, не воспринимают приставки, суффиксы, поэтому разные слова им кажутся одинаковыми (пример: *петушок* и *путешествие* воспринимают как одно и то же слово на основе сходного звучания некоторых звуков);

5) *недостатки грамматического строя речи* – неправильное построение предложения и неправильное согласование слов внутри предложения. Для слабослышащих детей характерен низкий словарный запас и неточное понимание значений слов, поэтому они не могут правильно согласовывать слова в предложении, так как для этого необходимо понимать точное значение каждого слова и отличать одно слово от другого; дети с трудом усваивают многозначность слов, слова с суффиксами и приставками, обобщенные слова;

6) *ограниченное понимание устной речи –*  дети плохо воспринимают слова, недослышивают звуки в конце слов, предлоги и союзы, что приводит к неправильному пониманию смысла всего предложения, а затем и целого текста;

7) *ограниченное понимание читаемого текста* – дети затрудняются в узнавании прочитанных слов из-за того, что неясно представляют себе звуковой состав слова, не узнают слова из-за отсутствия ударения в тексте.

۞***Иллюстрации***

*Примеры из письменных работ слабослышащих школьников (описание сюжетных картинок).* Шура тержит корзинка. Одна девочка уронила всу корзинку. По березу ползет тадел. В дубле сидит белка и крызет орехи. А теперь девочка за плагала. Они учусвтя в школе. Вова из школы итит домой. Вова испукался волки он пыстро салезал на дереву. Просил он книги, палки и шапку. Вдруг идет тихо два дяди (излагается по [3]).

*Примеры собственных речевых высказываний слабослышащих детей.* Мальчик поймал белка. Мальчик держит лиса. Гуси поймали платья зарвать. Мальчик лови рыба и положи ведро. Девочка погони гуси. Девочка сказала не плачет (излагается по [3]).

В результате отклонений в развитии понимания речи и собственной речи слабослышащие дети испытывают серьезные трудности в школьном обучении: им нелегко дается понимание объяснений учителя и текстов учебника, освоение чтения и письма, самостоятельное письмо под диктовку.

Развитие у слабослышащих детей наглядных форм мышления происходит на первых этапах достаточно успешно, особенно при сравнении со словесно-логическим мышлением. Однако по мере усложнения задач, которые приходится решать ребенку, он начинает испытывать серьезные трудности. Для решения сложных наглядных задач требуется производить развернутый анализ всех признаков и сравнивать их между собой, а такая мыслительная деятельность успешнее осуществляется, если в нее включается внутренняя речь. Так, дети по словесному описанию расположения предметов мебели в комнате не могут представить себе отношения между предметами в пространстве и поэтому не могут пересказать такой текст и даже изобразить это на бумаге.

Описанные особенности развития слабослышащих детей показывают, что эти дети должны обучаться в специально созданных условиях, направленных на развитие всех сторон их речи. Как отмечает Т.В. Розанова, опыт обучения слабослышащих детей в школе показывает, что «если у слабослышащих детей, начиная с младшего школьного возраста, в условиях специального обучения осуществляется всестороннее развитие словесной речи и всех познавательных процессов в единстве, то постепенно к среднему или к старшему школьному возрасту их психическое развитие приближается к нормальному» [16, с. 182].

**9.3.5 Развитие личности детей с нарушением слуха**

Развитие личности детей с нарушением слуха осуществляется в условиях, которые не совсем благоприятны для этого процесса. Снижение способности к словесной коммуникации ограничивает круг общения детей, уменьшает возможности накопления социального опыта. Отставание в речевом развитии снижает возможности познания другого человека, сравнения себя с другими, вследствие этого страдает сфера самосознания. Серьезным фактором, тормозящим развитие личности и/или приводящим к ее патологическим вариантам формирования, является восприятие людьми с сохранным слухом неслышащих детей и отношение к ним. Отношение как к изгоям, «неполноценным», навешивание ярлыков, изоляция неслышащих людей не могут не сказываться негативно на формировании личности детей с нарушением слуха. Знание факторов, негативно влияющих на формирование личности, помогает при определении задач и содержания коррекционно-развивающей работы и воспитания детей с нарушением слуха.

В специальных исследованиях изучались проблемы эмоционального развития неслышащих детей (В. Петшак), понимание неслышащими детьми отношений и поступков героев литературных персонажей (Т.А. Григорьева, М.М. Нудельман), особенности самосознания и самооценки у неслышащих детей (Е.И. Исенина, В.Г. Петрова, А.П. Гозова, Т.Н. Прилепская) [17].

На эмоциональное развитие неслышащих детей благоприятное влияние оказывают такие факторы, как внимание к выразительной стороне эмоций, использование мимики, выразительных движений и жестов в процессе общения, овладение детьми разными видами деятельности и общения. Однако нарушение речевого общения создает трудности в усвоении опыта социальных отношений, неслышащим детям недоступно восприятие выразительной стороны музыки и интонационной стороны речи. Недостаточное владение речью, позднее знакомство с литературными произведениями негативно сказывается на понимании внутренних состояний другого человека, обедняет содержание эмоциональных переживаний, не способствует формированию эмпатии.

Дети с нарушением слуха, несмотря на имеющиеся трудности, имеют определенные достижения в сфере эмоционального развития. Неслышащим школьникам на рубеже младшего школьного и подросткового возрастов вполне доступно понимание эмоциональных состояний персонажей, изображенных на картинках. Вместе с тем у многих неслышащих детей еще невелик объем знаний о сходных эмоциональных состояниях, их оттенках, а также недостаточно развиты высшие социальные чувства. Владение жестовой речью положительно сказывается на понимании эмоциональных состояний других людей, на овладении словесными способами описания эмоциональных состояний. Неслышащие дети довольно поздно знакомятся с многообразием чувств человека, что имеет неблагоприятные последствия. Например, для них характерны трудности в понимании литературных произведений, причин и следствий поступков тех или иных героев, в установлении причин эмоциональных переживаний, характера отношений между персонажами. Все это обедняет мир эмоциональных переживаний школьников, создает трудности понимания эмоциональных состояний других людей, упрощает межличностные отношения (В. Петшак).

На протяжении школьного возраста у неслышащих детей расширяется и углубляется отношение к другим людям, складывается отношение к себе и своей недостаточности (нарушению слуха), отмечаются серьезные изменения в развитии эмоциональной сферы неслышащих детей. Достижения детей в развитии эмоциональной сферы таковы: они овладевают многими понятиями, относящимися к эмоциям и высшим социальным чувствам, лучше опознают эмоции по их внешнему выражению и словесному описанию, правильно определяют вызвавшие их причины. Это происходит благодаря развитию познавательной сферы детей, развитию их речи, что позволяет обогатить жизненный опыт детей и способствовать его осмыслению.

На развитие самосознания неслышащих детей серьезное негативное влияние оказывает их ограниченный опыт общения с другими людьми и недоразвитие речи. По данным Е.И. Исениной, уже в раннем возрасте отмечается отставание в развитии самосознания: только некоторые дети указывают на себя в возрасте до полутора лет, что в этом возрасте делают уже все дети с сохранным слухом.

Особенности самооценки школьников с нарушением слуха изучались В.Г. Петровой. О несформированности самооценки у испытуемых свидетельствует отсутствие у них сомнений и колебаний при оценке себя как хорошего друга и высокие оценки, которые они дают себе. Дети перечисляют свои многочисленные положительные качества и охотно говорят о своих успехах в учебе, не указывая на недостатки. Только к старшему школьному возрасту у неслышащих детей обнаруживается умение критически оценить себя и сравнить свои поступки с поступками других людей. Оценка себя у глухих подростков недостаточно критична, ситуативна. Переход от общей самооценки к конкретной, дифференцированной самооценке происходит у них на два-три года позже, чем у слышащих детей.

Представления неслышащего человека о самом себе менее точные, чем у слышащего: у них наблюдаются преувеличенные представления о своих возможностях, об оценке их другими людьми. Неслышащие дети отличаются меньшей социальной зрелостью по сравнению с их слышащими сверстниками. У неслышащих детей заметно чаще наблюдаются эмоциональные и поведенческие нарушения, различные невротические реакции. Отставание в овладении словесной речью приводит к ограничениям социальных контактов, что часто вызывает состояние фрустрации у детей. Невозможность сообщить планы на будущее, описать события внутренней жизни, обсудить возникающие проблемы приводит к замыканию в себе, к трудностям социальных взаимодействий.

У неслышащих детей существует больше проблем адаптации к окружающему миру, чем у слышащих. Это приводит к появлению у них таких личностных черт как ригидность, эгоцентризм, отсутствие внутреннего контроля, импульсивность, внушаемость, более высокий уровень агрессивности в поведении, меньшее стремление к сотрудничеству, эмоциональная незрелость. В исследованиях Е. Ливайна обнаружена зависимость личностных качеств от уровня развития словесной речи. Группа неслышащих с высоким уровнем развития словесной речи по личностным особенностям не отличается от слышащих, а в группе неслышащих со средним уровнем развития словесной речи выявлены разные типы психологической слабости, связанные с трудностями в общении. В группе с низким уровнем развития словесной речи проявлялись выраженные особенности, такие как ригидность, чувство отличия от других людей, чувство неполноценности [1].

Таким образом, личность неслышащего человека характеризуется определенным своеобразием, которое объясняется как общими характеристиками развития человека в условиях слуховой депривации, так и особенностями отношений ее с окружающим слышащим социальным миром.

### 9.4 Специфические виды речи неслышащих людей

Овладение речью, использование ее в процессе общения, понимание слышимой речи вызывает серьезные трудности у людей с нарушением слуха, и особенно у неслышащих. Однако механизмы компенсации позволяют создавать и использовать средства общения и получения информации об окружающем мире, которые замещают нарушенные слуховые функции сохранными функциями, такими как зрение, осязание, движение рук и пальцев. Именно поэтому неслышащими людьми используются специфические виды импрессивной (понимание речи) и экспрессивной речи (собственная речь, говорение). К ним относятся:

- жестовая речь;

- дактильная (пальцевая) азбука;

- чтение речи с губ и лица говорящего;

- письменная речь.

*Жестовая речь* – это сложная система средств общения, главным из которых является жест. Ученые полагают, что жестовый язык существует достаточно давно, вероятно, древние люди пользовались им еще в те времена, когда звучащая речь еще не была создана. Однако жестовый язык полностью занимает руки, отвлекая человека от труда, а также он непригоден в общении на больших расстояниях. Именно поэтому и появилась звучащая речь, которая лишена указанных недостатков. Но в общении *неслышащих людей* жестовый язык и жестовая речь выполняют важные функции, позволяя таким людям полноценно реализовывать различные функции языка, и, прежде всего, его коммуникативную функцию.

Следует различать два понятия: жестовый язык и жестовая речь. *Жестовый язык* – это система языковых знаков (жестов и других движений) и правил их использования, а *жестовая речь* – это процесс использования жестового языка для целей общения. Жесты человека разнообразны и весьма сложны по своей структуре, они осуществляются одной или двумя руками. По направлению жесты могут быть ориентированы на какие-то части тела человека или на предметы в окружающем пространстве, они могут выполняться на разных уровнях тела человека, а движения совершаются по разным траекториям. Некоторые жесты статичны, и для их понимания совершать движение не нужно. Изменяется также скорость выполнения жестов в зависимости от задачи высказывания. Определенное значение имеет мимика человека, которая сопровождает жесты.

Специалисты по жестовой речи выделяют две самостоятельные системы, или вида жестовой речи: разговорная жестовая речь и калькирующая жестовая речь.

*Разговорная жестовая речь* используется неслышащими людьми в общении между собой, ее грамматический строй существенно отличается от грамматики устной речи, а последовательность жестов в сообщении определяется логикой высказывания и не строится в соответствии с логикой словесной речи. *Калькирующая жестовая речь* используется сурдопереводчиками в официальных формах общения, она представляет собой копирование устной речи, то есть является переводом устной речи на язык жестов. Калькирующей жестовой речью часто пользуются позднооглохшие люди, которые до наступления глухоты хорошо знали грамматику устной речи и пользовались ею. Иногда в телевизионных передачах можно увидеть сурдоперевод, который представляет собой калькирующую жестовую речь.

Изучением знаков и знаковых систем занимается наука, которая называется *семиотикой.* Семиотика разделяет знаки на три группы: *иконические знаки* (похожие на обозначаемый предмет), *индексные* *знаки* (знаки, обозначающие часть предмета либо предмета в целом), *символические знаки* (не имеющие ничего или почти ничего общего с обозначаемым предметом). Жесты в жестовой речи разделяются на такие же виды. Вот некоторые примеры жестов и их значения.

۞ ***Иллюстрации***

«Дом» – соприкасающиеся кончики пальцев обеих рук, изображение двухскатной крыши (индексная группа знаков, статический жест).

«Женщина»– вертикальная ладонь у одной из щек (символический жест).

«Мама» – движение вертикальной ладони от одной щеки к другой (символический жест).

«Мужчина» – согнутая кисть руки у лба (символический жест или индексный знак, если понимать его как прикосновение пальцев к козырьку фуражки).

«Папа» – перемещение горизонтальной ладони ото лба к подбородку (символический жест).

«Автомобиль» – имитация вращения руля (индексный жест).

«Помидор» – изображение шара с указанием на губы (красный цвет).

«Устал» – руки бессильно опущены вдоль тела (индексный жест).

«Слух, слушать» – прикосновение указательного пальца к уху (индексный жест).

Специфическим признаком жестовой речи является то, что для некоторых действий, обозначаемых одним словом, нет единого жеста, например, стирать белье и стирать с доски обозначается разными жестами, имитирующими эти действия, так же имитируются и разные действия со словом «мыть». Еще один специфический признак жестовой речи – допущение смысловой неопределенности, которая может быть устранена при учете ситуации и всего контекста высказывания. Например, слова «доить корову» и «молоко» изображаются жестом, имитирующим процесс дойки коровы.

В разговоре на бытовую тему можно ограничиться использованием 150–200 жестов, а в разговорах на профессиональную тему необходимо не менее 2000–3000 жестов, которыми владеют неслышащие люди с высшим образованием.

С помощью языка жестов в большинстве случаев невозможно передать такую информацию, как имена и фамилии, иностранные слова, профессиональные термины и т.п. Поэтому в дополнение к жестовой речи и наряду с ней неслышащие люди широко пользуются дактильной (пальцевой) азбукой.

*Дактильная речь – это использование различных комбинаций пальцев для изображения отдельных звуков речи* *в процессе общения*. Около половины букв русского алфавита в «пальцевом» изображении напоминают соответствующие изображения тех же букв на письме, а остальные буквы представлены специальными символами. Это удобный, но довольно медленный способ общения. Написанное или произнесенное слово человек воспринимает сразу, целиком, а при дактильном предъявлении восприятие слова происходит последовательно, при этом человек должен соединять побуквенно знаки в слова, а затем во фразы. Дактильную речь легко осваивают слышащие люди, что очень помогает неслышащим людям при их адаптации в обществе. Этот способ общения, несмотря на его низкую скорость, значительно облегчает жизнь людям с недостатками слуха.

Важнейшим способом общения неслышащих является *чтение речи с губ и лица говорящего.* В русском языке только некоторые звуки (а, о, у, э, р) имеют при произнесении настолько характерные признаки, что безошибочно читаются с губ. Однако остальные звуки русского языка распределены в 14 групп в зависимости от возможности их распознавания при произнесении. В одну группу объединены часто весьма непохожие звуки. Поэтому остается непонятным, как же можно распознавать звуки речи, только глядя на губы и лицо говорящего. Однако распознаванию речи с губ способствуют некоторые обстоятельства. К ним относится, например, избыточность речи говорящего, так как иногда достаточно понять лишь несколько звуков, чтобы понять сказанное. Очень важны для понимания знание предмета разговора, контекста и ситуации высказывания. Важными условиями являются также четкая артикуляция, хорошее освещение лица говорящего и медленная, четкая речь. Однако этот способ общения является наиболее трудным для общения неслышащего и слышащего. Овладевать этим способом необходимо с раннего детства. Люди, утратившие слух в юности или в зрелом возрасте, не могут овладеть чтением с губ и лица говорящего.

*Письменная речь* является надежным способом общения неслышащих людей со слышащими, хотя она и требует использования бумаги и пишущего инструмента (или компьютера, ноутбука в наше время). С помощью письма сообщение передается точно и однозначно. Однако не всегда у неслышащего человека есть возможность воспользоваться письменной речью (например, в условиях недостатка освещения). Кроме того, самым большим недостатком письменной речи является медленная скорость передачи сообщения – процессы написания сообщения и его прочтения происходят последовательно, поэтому они занимают больше времени. Письменное общение осуществляется в 7 раз медленнее устной речи.

Важным показателем оценки доступности всех видов специфической речи неслышащих является время, затрачиваемое на овладение разными видами речи. Последовательность видов речи от наименьшего требуемого времени к наибольшему выглядит следующим образом: дактильная азбука, жестовая речь, чтение с губ и лица говорящего, письменная речь.

В сурдопедагогике существуют разные позиции относительно использования жестовой речи неслышащими детьми. Представители одной группы специалистов призывают запретить использование жестов детьми с нарушением речи, так как, по их мнению, это улучшит процесс освоения детьми с нарушением слуха словесной речи. В 20 веке существовали даже школы для детей с нарушением слуха, в которых был строгий запрет на использование жестовой речи. В наше время реализуется принцип учета потребностей неслышащего человека в средствах общения, который предполагает, что человек сам выбирает те средства общения, которые подходят именно ему. В практике обучения и воспитания детей с нарушением слуха реализуется подход, который основан на необходимости учета следующих факторов: уровня сохранности слуха, уровня развития словесной речи у ребенка, этапа обучения словесной речи. Выбор средств общения дифференцирован также для неслышащих и слабослышащих детей. В странах Европы и в США принцип использования всех доступных способов общения неслышащими людьми получил название «тотальной коммуникации», и этот принцип реализуется при обучении неслышащих детей. Подробнее об этой проблеме можно узнать из книги Г.Л. Зайцевой [7].

### 9.5 Психологические основы помощи детям при нарушении слуха

*Проблема компенсации глухоты.* Размышляя о компенсаторных процессах у неслышащего ребенка, Л.С. Выготский [5] считал, что вопрос обучения словесной речи детей с нарушениями слуха становится центральным вопросом дефектологии. Он отмечал, что нужно так организовать жизнь ребенка с нарушенным слухом, чтобы речь ему была нужна и интересна, и если создать потребность в общечеловеческой речи у ребенка, тогда появится и сама речь. Рассматривая развитие характера у слабослышащего ребенка, он описал две возможных противоположных линии развития характера: первая возобладает, когда такой ребенок вырабатывает в себе повышенную чуткость, наблюдательность, любопытство, внимательность, сметливость, научается по неясным признакам узнавать то, что другие дети узнают путем слухового восприятия. Вторая линия возобладает, если ребенок, вследствие своего недостатка ставший предметом насмешек со стороны товарищей, будет вырабатывать в себе повышенную подозрительность, любопытство, настороженность. И первая, и вторая линии поведения ребенка будут являться «ответом» ребенка на трудности его жизни в окружающем мире, то есть проявлениями компенсации.

При нарушении слуха происходит как внутрисистемная, так и межсистемная компенсация. При *внутрисистемой компенсации* осуществляется стимуляция и развитие остаточного слуха и слухового восприятия, которое осуществляется при использовании слуховых аппаратов. Слуховой аппарат позволяет усилить звук, воспринимаемый слуховой системой, поэтому возможности восприятия звуков возрастают. При тяжелых нарушениях слуха применение слухового аппарата не приводит к возникновению у человека слуховые ощущений. В этих случаях применяют кохлеарную имплантацию (см. ниже).

При *межсистемной компенсации* происходит перестройка перцептивной системы и усиление функций зрительного восприятия, кинестетической и вибрационно-тактильной чувствительности. Коррекционная работа с неслышащими детьми направлена на максимально возможное использование других анализаторов (зрительный анализатор, например, позволяет читать речь с губ говорящего, повышение кинестетической и вибрационной чувствительности органов речи необходимо для вызывания голосовой реакции, а различение силы и температуры воздушной струи помогает ребенку воспринимать различные, в том числе речевые звуки).

Высшие формы компенсации нарушений слуха (социально-психологический и личностный уровни) выражаются в создании условий для полноценного психического развития ребенка, развития его личности, создании условий для социальной адаптации ребенка, включения его в общество слышащих, условий для овладения основами наук, трудовыми навыками и профессией, формирования мировоззрения и ценностно-смысловой структуры личности человека с недостатками слуха. Сущность работы с детьми с нарушением слуха состоит в организации активных, действенных форм детского опыта, в создании условий для проживания ими полноценной жизни вместе с другими людьми, любящими, понимающими и принимающими ребенка. Судьбу личности решает не дефект сам по себе, а его социально-психологическая реализация. Неслышащий человек, овладевший средствами социального общения, участвующий в общей жизни и воспринимающий ее во всей полноте и многообразии, не будет сам ощущать своей неполноценности и не даст повода ощущать этого другим людям.

Оказание помощи неслышащему или слабослышащему ребенку должно начинаться как можно раньше. Чем раньше будет обнаружен факт нарушений слуха у ребенка, чем быстрее будет организовано правильное общение с ним, адекватное обучение, тем лучших результатов можно будет добиться. Однако существует серьезная проблема раннего выявления нарушений слуха у детей, которая связана как с объективными трудностями распознавания нарушения слуха, так и с нежеланием некоторых родителей ребенка вовремя установить нарушение слуха (как впрочем, и любое другое нарушение).

*Объективные причины трудностей распознавания нарушений слуха.* Нарушение слуха у маленького ребенка сложно заметить потому, что эти нарушения успешно маскируются за счет использования ребенком визуальных форм контакта со взрослым и наличием у ребенка гуления, которые убеждают взрослых в том, что ребенок нормально слышит. Ребенок на первом году жизни способен легко вступать в контакт, используя улыбку, движения рук, жесты, привлекая к себе внимание и добиваясь желаемого. Ребенок долгое время производит впечатление нормально и благополучно развивающегося. Зачастую родители убеждены, что у их ребенка слух в полной сохранности, доказывая это тем, что ребенок смотрит на окно, если за окном сильный шум, поворачивается в сторону двери, если вошла мама, реагирует на свое имя, улыбаясь при его назывании.

Наличие таких реакций у маленького ребенка с нарушением слуха можно легко объяснить. Ведь ребенок может реагировать не на звук сам по себе, а на вибрацию, на движение воздуха, на зрительные качества предметов: поворачивается к окну, так как чувствует вибрацию, поворачивается в сторону открытой двери, так как ощущает движение воздуха, реагирует на свое имя, потому что смотрит в момент его произнесения на лицо взрослого. Действительно, маленький ребенок может даже обнаруживать признаки понимания слов окружающих: он реагирует на произнесенное слово тогда, когда видит лицо говорящего, так как научился читать с губ. Однако если ребенок не видит лицо говорящего, то он и не реагирует на сказанное слово. Ребенок также учиться понимать окружающих, ориентируясь на их жесты, и вновь возникает впечатление, что ребенок понимает сказанное. Так, если мама говорит ребенку с улыбкой: «Пойдем купаться» и указывает рукой в сторону ванной комнаты, ребенок по всей ситуации и по жесту мамы понимает, чего она от него хочет. Так как он любит купаться, он сразу же идет в сторону ванной комнаты, на основании чего мама делает вывод о том, что ребенок понял ее высказывание.

*Субъективные причины трудностей распознавания нарушений слуха.* Родителям бывает трудно поверить и признать, что у их ребенка может быть какое-либо нарушение, в том числе нарушение слуха. Сознание родителей надежно защищено убеждением в том, что у них не может быть ребенка с каким-либо нарушением. Если родители никогда не сталкивались с нарушением слуха, они буквально будут «слепы и глухи» к такому нарушению у их ребенка. Если появляются подозрения на нарушение слуха у ребенка, то у его родителей возникает защитная реакция – ведь они не могут признать этого. В таких случаях родители посещают одного за другим специалистов, ожидая в первую очередь опровержения подозрений на нарушение слуха у ребенка. Так теряется время, и когда родители все же поймут, что у их ребенка нарушение слуха, может оказаться слишком поздно, ибо потеряны возможности развития речи и других важных функций.

Самым разумным решением родителей является поиск специального дошкольного учреждения, где ребенок мог бы получать адекватную сурдопедагогическую помощь. В специальном учреждении образования для ребенка с нарушением слуха подберут соответствующую его нарушению образовательную программу, определят образовательный маршрут. Однако родители вместо этого начинают заниматься лечением слуха у ребенка, надеясь, что слух можно полностью восстановить, поэтому нет нужды обращаться за спрециализированной педагогической помощью. Чем больше времени ребенок не получает такую помощь, тем больше накапливается нарушений в его развитии, которые становятся уже необратимыми. В то же время и сами родители должны стать для ребенка специалистами в области сурдопедагогики, так как они должны правильно общаться с ребенком, правильно организовывать его жизнь, стремиться к компенсации его недостаточного слуха.

Как это ни парадоксально, дети с нарушением слуха оказываются в более благоприятных условиях, если они воспитываются в семье, где хотя бы один из родителей также имеет проблемы со слухом. В этих случаях родители рано распознают, что у их ребенка имеется нарушение слуха, принимают этот факт и направляют свои усилия на оказание квалифицированной помощи ребенку. Кроме того, ребенок в семье неслышащих родителей попадает в ситуацию адекватного для него общения со взрослыми, которые используют жестовую речь, что компенсирует недостаток слуха у ребенка.

*Обобщим основные задачи коррекционно-развивающей работы с детьми с нарушением слуха:*

- развитие зрительного восприятия, в том числе восприятия речи с губ и лица говорящего;

- развитие двигательной сферы, кожно-кинестетических ощу­щений, вибрационной чувствительности как основы компенсации;

- стимулирование к использованию остаточного слуха;

- развитие понимания слышимой речи;

- развитие собственной устной речи;

- обучение письму и чтению как средствам общения;

- развитие коммуникативных навыков в среде слышащих людей.

Т.Г. Богданова [1] определяет следующие направления работы по развитию личности детей с нарушением слуха, которые связаны с передачей исторически сложившихся форм поведения и эталонов оценки другого человека как личности.

*1-е направление –* формирование у детей с нарушением слуха представлений о качествах личности, эмоциональных свойствах, о нормах поведения.

*2-е направление –* обучение детей умению видеть проявления этих качеств в поведении других людей, формировать умение понимать поступки окружающих людей, для чего дать обучаемым эталоны оценки.

*3-е направление –* формирование у детей с нарушением слуха адекватной самооценки, являющейся основой регуляции собственного поведения и залогом успешного установления межличностных отношений.

***Реабилитация*** детей с нарушением слуха включает следующие основные направления.

*1.* *Изготовление и приспособление* для нужд конкретного ребенка специальных сурдотехнических средств (слуховые аппараты, слуховые протезы).

***۞Иллюстрация***

Созданы эффективные слуховые аппараты, позволяющие во многих случаях восполнить недостаточность слуха. Неслышащие люди с помощью хорошо подобранных слуховых аппаратов фактически могут общаться с другими людьми на одном уровне со слышащими, так как они полностью воспринимают устную речь. Слуховые аппараты позволяют также воспринимать бытовые звуки, звуки, которые издают окружающие предметы.

Но при некоторых нарушениях слуха, особенно если они связаны с поражением мозга, современные слуховые аппараты не могут оказать эффективную помощь. Таким людям нужны специальные средства общения и организации их жизнедеятельности. Им необходимые переводчики глухих, кинофильмы и телепередачи с сурдопереводом или с субтитрами, особые аппараты для телефонной связи, световые будильники и др. Есть острая необходимость в приборе, который мог бы передавать неслышащему предупреждающие сигналы транспорта (известно, что число жертв транспорта среди неслышащих значительно превышает число таких жертв у слышащих людей). Образцы таких современных средств уже предлагают некоторые западные фирмы.

*2. Медицинская реабилитация –* лечение нарушений слуха с целью его полного восстановления или улучшения уровня функционирования.

***۞Иллюстрация***

Современная медицина научилась помогать людям с недостатками слуха. К самым современным методам восстановления слуха у детей относится *кохлеарная имплантация*, которая стала возможной благодаря высоким медицинским технологиям. Суть кохлеарной имплантации состоит в том, что в височную кость вживляются электроды, пе­редающие в мозг соответствующим образом преобра­зованные звуковые сигналы. В результате неслышащие люди получают возможность слышать. Если неслышащих от рожде­ния детей имплантируют рано (до трех лет), они доволь­но быстро и легко обучаются воспринимать речь и гово­рить. Чем позже сделана операция, тем в среднем хуже результаты. Однако индивидуальные различия очень ве­лики, поэтому строго определенного критического периода для имплантации не су­ществует. Необходимо знать, что после операции кохлеарной имплантации ребенок должен длительное время заниматься с логопедом, который обучает его речи в специфических условиях, помогая неслышащему ребенку воспринимать мир звуков и речи.

*3. Педагогическая реабилитация* – обучение и воспитание детей с нарушением слуха в специализированных учреждениях образования.

*4. Социально-психологическая и трудовая реабилитация* – создание условий для социальной адаптации и трудовой подготовки неслышащих людей.

### 9.6 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания

1. Сравните разные виды восприятия. По каким признакам слуховое восприятие отличается от зрительного восприятия, тактильного восприятия?

2.Какие классификации нарушений слуха вы знаете? Сравните медицинскую и психолого-педагогическую классификации.

3. Какие системы речи используются неслышащими людьми? Покажите их преимущества и недостатки.

4. Докажите, что жестовый язык действительно является языком.

5. Что такое тотальная коммуникация? В каких случаях она используется?

6. Какие существенные отклонения в развитии неслышащего ребенка можно заметить уже на первом году жизни?

7. Каковы главные особенности развития неслышащих детей в дошкольном возрасте? В школьном возрасте?

8. Назовите существенные отличия в развитии неслышащих и слабослышащих детей, неслышащих и позднооглохших детей.

9. Какова структура нарушения при недостатках слуха у детей?

10. Отличается ли структура нарушения при глухоте и слабослышании?

11. Объясните, почему снижение слуха даже легкой степени приводит к серьезному нарушению речи у детей и к трудностям в школьном обучении?

12. Как Вы понимаете, что такое компенсации глухоты?

13. Какие задачи коррекционно-развивающей работы с детьми с нарушением слуха Вы можете назвать?

***Практическое задание № 1.*** Прочитайте следующий пример и попытайтесь понять, почему у ребенка нарушение слуха не было диагностировано вовремя? Какие объективные и субъективные причины Вы можете назвать?

*Герберт (7 лет).* Поступил в консультацию с диагнозом предполагаемого аутизма. По предварительным данным, у него не отмечалось динамики в умственном развитии, он вел себя как маленький ребенок, испытывал трудности в концентрации внимания и был агрессивным по отношению к другим детям. Он был возбудим и, казалось, не понимал, что ему говорят. Он мог провести несколько часов, решая головоломки, а потом переделывать их заново; отказывался играть с другими детьми. Он очень любил своих родителей.

Раннее развитие его было нормальным, правда, он заметно позже начал говорить. Грамматика речи его была довольно спутанной, а произношение – плохим и нечетким. В возрасте двух с половиной лет его осмотрел опытный аудиолог, который сказал, что слух мальчика, вероятно, является нормальным, однако, необходимо повторное обследование в течение года. Вскоре семья переехала в другой город, и повторное обследование не было проведено.

Задержки в развитии речи мальчика сначала объясняли тем, что мальчик рос в семье, где говорили на двух языках, позже их стали объяснять эмоциональными нарушениями у ребенка. Во время беседы с консультантом Герберт был внимательным, отзывчивым, с удовольствием общался с врачом, в ответ на просьбу разъяснял смысл того, что он говорил, однако, он часто неправильно понимал то, что ему говорили.

Поведение Герберта было совершенно не похоже на поведение ребенка с аутизмом, но многое позволило предположить, что у ребенка нарушение слуха. Во-первых, речь его была нарушена, и ее качество говорило о возможном нарушении за счет глухоты. Во-вторых, затруднения понимания речи не согласовывались с его языковыми возможностями и степенью развития способности к совместным действиям.

Клиническое обследование подтвердило вероятную глухоту, включающую потерю реакции на звуки высокого тона. Специалисты-аудиологи установили слуховой протез и организовали специальную дополнительную помощь в школе. Вскоре его эмоциональное состояние улучшилось, и год спустя он уже был хорошо адаптирован и лучше учился в школе [11, с. 167–168].

***Практическое задание № 2.*** Некоторые специалисты считают, что неслышащий от рождения ребенок лучше развивается при воспитании его в семье с неслышащими родителями, чем в семье со слышащими родителями. Как вы считаете, какие аргументы приводят сторонники такой точки зрения?

*Для выполнения данного задания познакомьтесь с выводами из исследований в области сурдопсихологии*(излагается по [1]).

Неслышащие дети неслышащих родителей обнаруживают наибольшее количество эмоциональных проявлений разного типа, в том числе интеллектуальных эмоций, и приближаются по этим показателям к слышащим детям. Неслышащие дошкольники, имеющие слышащих родителей, показали наименьшее количество эмоций в разных жизненных ситуациях. В отличие от слышащих матерей неслышащие матери, как правило, обеспечивают необходимое эмоциональное общение со своим ребенком, поэтому неслышащие дети неслышащих родителей, воспитывающиеся дома, по количеству эмоциональных проявлений приближались к слышащим.

Наиболее успешно опознавали эмоции по их внешнему выражению те дети, у которых родители также имели нарушение слуха, а менее успешно – неслышащие дети слышащих родителей.

Неслышащие дети неслышащих родителей обладают большей социальной зрелостью по сравнению с детьми, имеющими слышащих родителей.

***Практическое задание № 3.*** Представьте себя в роли специалистов по сурдотехнике, которая разрабатывает технические устройства для людей с нарушением слуха. Предложите, как можно помочь неслышащему человеку в следующих трудных для него ситуациях:

- воспринять звонок телефона;

- воспринять звонок в дверь;

- заметить свисток закипевшего чайника;

- просмотр видеоматериалов с разговорной речью;

- восприятие лекции, читаемой преподавателем;

- восприятие звука приближающегося транспорта.

***Практическое задание № 4.*** Как Вы считаете, может ли неслышащий человек получить водительские права и водить машину? Обоснуйте свою точку зрения. Почему в «Правилах дорожного движения» предусмотрен знак «Инвалид по слуху», который прикрепляется к заднему стеклу автомобиля, управляемого человеком с нарушением слуха?

### 9.7 Библиография по теме «Дефицитарное психическое развитие: дети с нарушением слуха»

1. Богданова, Т.Г. Сурдопсихология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Т.Г. Богданова. – М. : Изд. центр «Академия», 2002. – 224 с.
2. Боскис, Р.М. Глухие и слабослышащие дети / Р.М. Боскис. – М. : Советский спорт, 2004. – 304 с.
3. Боскис, Р.М. Учителю о детях с нарушением слуха /Р.М. Боскис. – М. : Просвещение. – 1988. – 128 с.
4. Венгер, А.А. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения / А.А. Венгер, Г.Л. Выгодская, Э.И. Леонгард. – М. : Просвещение, 1972. – 143 с.
5. Выготский, Л.С. Собрание сочинений в 6-ти т. / Л.С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5 : Основы дефектологии / под ред. Т.А. Власовой. – 368 с.
6. Загорянская, М.Е. Эпидемиология нарушения слуха у детей / М.Е. Загорянская, М.Г. Румянцева // Дефектология. – 2005. – № 6. – С. 14–20.
7. Зайцева, Г.Л. Жестовая речь. Дактилология : учебник для студ. высш. учеб. заведений / Г.Л. Зайцева. – М. : ВЛАДОС, 2000. – 192 с.
8. Крайнин, В.А. Человек не слышит / В.А. Крайнин, З.М. Крайнина. – М. : Знание, 1984. – 144 с.
9. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей: учеб. пособие / В.В. Лебединский. – М. : Изд-во МГУ, 1985. – 168 с.
10. Леонгард, Э.И. Развитие детей с нарушенным слухом в семье / Э.И. Леонгард, Е.Г. Самсонова. – М. : Просвещение, 1991. – 319 с.
11. Глухих – нет / Медиа-портал для глухих и слабослышащих [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gluxix.net/>. – Дата доступа : 30.11.2011.
12. Обухова, Т.И. Основы дошкольной сурдопедагогики : учеб.метод. пособие / Т.И. Обухова. – Минск : БГПУ, 2001. – 52 с.
13. Пелымская, Т.В. Формирование устной речи дошкольников с нарушенным слухом / Т.В. Пелымская, Н.Д. Шматко. – М. : ВЛАДОС, 2008. – 223 с.
14. Психология глухих детей / под ред. И.М. Соловьева [и др.]. – М. : Педагогика, 1971. – 448 с.
15. Раттер, М. Помощь трудным детям / М. Раттер. – М. : Прогресс, 1987. – 424 с.
16. Розанова, Т.В. Развитие памяти и мышления глухих детей / Т.В. Розанова. – М. : Педагогика, 1978. – 231 с.
17. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. В.И. Лубовского. – М. : Изд. центр «Академия», 2005. – 464 с.
18. Тигранова, Л.И. Умственное развитие слабослышащих детей (младший школьный возраст) / Л.И. Тигранова. – М. : Педагогика, 1978. – 96 с.
19. Яшкова, Н.В. Наглядное мышление глухих детей / Н.В. Яшкова. – М. : Педагогика, 1988. – 143 с.

# Глава 10 Дефицитарное психическое развитие: дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата

***Основные понятия.*** *Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата; двигательные функции, непроизвольные движения, произвольные движения, уровни построения движений.*

*Мозговая организация движений; мышечный тонус, гиперкинез, тремор, парез, паралич, синкинезии; минимальная мозговая дисфункция, миелодисплазия, спинно-мозговая грыжа, плексит; детский церебральный паралич, дизартрия.*

**Содержание**

10.1 Психофизиологическая характеристика движений человека.

10.2 Нарушения движений у детей как результат заболевания нервной системы.

10.3 Психическое развитие детей с детским церебральным параличом.

10.4 Структура нарушения и психологические основы помощи детям при двигательных нарушениях.

10.5 Вопросы для размышления, проверки, самоконтроля; практические задания.

10.7 Библиография по теме «Дефицитарное психическое развитие: дети с двигательными нарушениями».

Психология детей с нарущениями функций опорно-двигательного аппарата изучает особенности психического развития и психологические особенности детей с двигательными нарушениями.

Л.М. Шипицына и И.И. Мамайчук дают свое определение психологии детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: «… отрасль специальной психологии, изучающая происхождение отклонений в психическом развитии, их диагностику и коррекцию в процессе реабилитации и социальной интеграции детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата» [11, с. 11].

В структуру опорно-двигательного аппарата входят мышцы, кости, суставы и сухожилия. Управляет работой этих органов нервная система.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарат у детей наблюдаются при разных заболеваниях:

* заболевания нервной системы (детский церебральный паралич, полиомиелит и др.);
* врожденная патология опорно-двигательного аппарата (врожденный вывих бедра, кривошея, косолапость и другие деформации стоп, аномалии позвоночника, недоразвитие и дефекты конечностей, кистей и пальцев, артрогриппоз);
* приобретенные аномалии опорно-двигательного аппарата (травматические повреждения спинного и головного мозга, полиартрит, заболевания скелета).

### 10.1 Психофизиологическая характеристика движений человека

Движение – это одно из проявлений жизнедеятельности, обеспечивающее перемещение в пространстве тела человека или его отдельных частей. Наличие у живого существа движений позволяет ему активно взаимодействовать с окружающей средой, а не только пассивно принимать ее влияния и реагировать на них.Человек может выполнять различные виды деятельности, вступать в общение только благодаря возможности реализации движений. Самые главные достижения человека – акт хватания и действия с предметами – представляют собой сложно организованные двигательные акты.

Среди всего многообразия движений человека выделяются непроизвольные движения. Это двигательные автоматизмы, они не направлены на достижение какой-либо цели, осуществляются неосознанно. К ним, например, относится движение одергивания руки, когда человек случайно дотронулся до горячего предмета. Большинство движений человека – это произвольные движения. Сущность произвольных движений состоит в том, что они направлены на достижение цели. Например, взять рукой какой-либо предмет, дойти до определенного места, поднять руку вверх, чтобы достать предмет, находящийся высоко, бросить мяч так, чтобы его поймал другой человек. В процессе освоения произвольное движение постепенно автоматизируется, то есть начинает выполняться без контроля сознания, при этом оно начинает занимать место операций в структуре деятельности, хотя при необходимости оно может занять место действия в структуре деятельности и снова выполняться осознанно. Например, когда человеку нужно показать кому-то, как писать букву, он будет ее писать осознанно, сосредоточивая внимание на написании каждого элемента. Человек выполняет произвольные движения под влиянием каких-либо потребностей, так как любое активное действие имеет свою мотивацию.

Произвольное движение направлено на решение инвариантной двигательной задачи, которая может решаться широким набором различных движений. Так, писать можно правой и левой руками, зубами, зажав карандаш между ними, ногой, и во всех случаях можно изобразить буквы, то есть решить поставленную двигательную задачу. Отбор движений осуществляется в зависимости от условий решения двигательной задачи, к которым относятся особенности окружающей обстановки и состояние двигательного органа. Информацию об этом человек получает с помощью афферентаций со зрительного, слухового, кожно-кинестетического анализаторов. Эти афферентации позволяют с помощью обратной связи корректировать выполненное движение, если оно не приводит к решению двигательной задачи.

***Нарушение движений как результат поражения нервной системы***. Существует целый ряд заболеваний нервной системы у детей и взрослых, основными клиническими симптомами которых является нарушение движений. Нарушение движений является результатом недоразвития или поражения определенных отделов центральной и периферической нервной системы, а именно тех, которые отвечают за реализацию двигательных актов. Рассмотрим, какие нарушения двигательной сферы существуют и как они связаны с поражением конкретных анатомических структур нервной системы.

При поражении спинного мозга и/или спинальных нервов выпадает движение в тех мышечных группах, которые находятся ниже места поражения. Так, при поражении спинного мозга на уровне поясничного отдела позвоночника выпадают движения только в нижних конечностях, а при поражении на уровне шейного отдела сохранными остаются движения только в области головы.

При поражении на уровне продолговатого мозга, подкорковых ядер наблюдаются нарушения мышечного тонуса. Мышечный тонус – это состояние легкого физиологического напряжения мышцы в покое, обеспечивающее ее готовность к работе. Нарушения мышечного тонуса бывают следующих видов: *гипертонус* (повышение мышечного тонуса, спастичность) – мышца находится в состоянии напряжения, занимает определенное положение, которое трудно изменить, даже прикладывая усилия, спастичная конечность согнута в суставах, ее трудно разогнуть; *атония и гипотонус* – отсутствие или снижение мышечного тонуса, мышца вялая, расслабленная, в ней снижена мышечная сила, поэтому снижены возможности осуществления движений.

При поражении экстрамирамидной системы головного мозга возникают *гиперкинезы –* избыточные непроизвольные движения, лишенные биологической целесообразности и физиологического смысла. Гиперкинезы могут наблюдаться в любой части тела, в любом движущемся органе: в руках, в пальцах (атетоз), в ногах, во всем туловище, когда человека как бы «заносит» при ходьбе, в языке, в мышцах лица. Гиперкинезы – это такие непроизвольные движения, которые человек не может полностью контролировать, поэтому они мешают возникновению и осуществлению нормальных движений.

При поражении пирамидной и экстрапирамидной систем возникают *патологические синкинезии* – непроизвольные содружественные мышечные сокращения и движения, сопутствующие активному двигательному акту. Это непроизвольные движения в пораженной конечности при выполнении активного движения здоровой конечностью, это дополнительные движения, которые появляются вместе с другим движением, например, сгибание пальцев пораженной конечности при ходьбе, непроизвольные движения в парализованных конечностях при попытке движения ими. При поражении мозжечка наблюдаются расстройства координации движений, нарушение равновесия тела при ходьбе и в покое, нарушение походки, которое носит название «атаксия».

При поражении двигательных зон мозговой коры отмечается расстройство двигательных навыков, нарушение произвольных движений, уменьшение точности выполнения двигательных актов, так называемая моторная неловкость.

Движение может быть нарушено в одной, в двух или четырех конечностях. В зависимости от степени нарушения движений говорят о параличах или парезах. *Паралич, или плегия –* это выпадение движения, то есть полное его отсутствие. *Парез* – ослабление произвольных движений. Поэтому о нарушении движений можно говорить следующим образом: монопарез – это ослабление движений в одной конечности, диплегия – это выпадение движений в двух конечностях, тетрапарез – это ослабление движений в четырех конечностях и т.д.

**Роль движений в психическом развитии ребенка.** Развитие ребенка с самого рождения невозможно представить без развития у него движений. Развитие психики и развитие движений происходят одновременно, поэтому эти два вида развития не могут осуществляться изолированно. Именно поэтому, когда говорят о раннем развитии ребенка, иногда используют термин «психомоторное развитие». Рассмотрим закономерности развития движений в онтогенезе.

Ребенок рождается с набором безусловных рефлексов, двигательных автоматизмов. К ним относятся, например:

– сосательный рефлекс;

– оральные автоматизмы (ребенок открывает рот и поворачивает голову в сторону места прикосновения к щеке);

– хватательный рефлекс (ребенок сгибает пальцы и сжимает ладонь при прикосновении к ее внутренней поверхности);

– рефлекс ползания (ребенок совершает продвижение вперед в положении лежа на животе при сгибании его ног в коленных и тазобедренных суставах);

– рефлекс ходьбы (в вертикальном положении ребенок при наклоне туловища вперед переступает ножками); а также ряд других рефлексов.

Эти рефлексы отражают определенную ступень в развитии нервной системы, и их наличие позволяет сделать вывод о том, что нервная система ребенка функционирует. В течение первого года жизни безусловные рефлексы угасают, причем для каждого рефлекса существует свой возраст угасания. Другими словами, в случае нормального развития ребенка после определенного возраста безусловные рефлексы у ребенка угасают. Угасание безусловных рефлексов необходимо для того, чтобы на их месте появились условные, или установочные, рефлексы, которые и составляют основу истинных, произвольных движений человека. Так, вместо рефлекса хватания к 5 месяцам появляется действие хватания, являющееся уже произвольным движением. Если безусловные рефлексы все еще обнаруживаются у ребенка в возрасте старше одного года, это свидетельствует о патологическом состоянии его нервной системы.

Развитие движений у ребенка осуществляется по двум *направлениям*: 1) кранио-каудальное направление, то есть от головы к ногам, 2) проксимально-дистальное, то есть от центра туловища к его периферии. Развитие движений у ребенка в этих направлениях происходит в следующие нормативные сроки:

– вначале ребенок учится удерживать голову в положении лежа на животе, к полутора месяцам он уже может делать это в течение нескольких секунд;

– к 4 месяцам он поворачивается на бок и на живот из положения лежа на спине;

– к 5 месяцам из положения лежа на животе ребенок поворачивается на спину;

– к 6 месяцам ребенок выпрямляет согнутые в локтях руки и упирается на ладони, находясь на животе;

– с 6 месяцев ребенок совершает первые движения ползания в положении лежа на животе, вытягивая руки из-под себя, и начинает ползать на животе (по-пластунски);

– далее ребенок учится находиться в положении на четвереньках, и к 7 месяцам начинает ползать на четвереньках;

– в возрасте 7 месяцев ребенок учится садиться из положения на четвереньках, после чего он уже может устойчиво сидеть, манипулируя предметами;

– с 8–9 месяцев ребенок может стоять с поддержкой, опираясь на предметы мебели или, если его поддерживают, за руки;

– научившись стоять с поддержкой, ребенок начинает передвигаться с поддержкой, что происходит с 9 месяцев;

– к 10–11 месяцам ребенок начинает стоять самостоятельно, без поддержки, и к одному году начинает самостоятельно ходить (указанный возраст может несколько варьировать, особенно к концу первого года жизни, так как в развитии движений младенцев наблюдается широкий разброс индивидуальных вариаций);

– к полутора годам ребенок умеет слезать с мебели и залезать на нее;

– к 2,5 годам – умеет спускаться и подниматься по ступенькам лестницы, прыгать;

– к 3 годам ребенок уже может ездить на трехколесном велосипеде.

В дальнейшем ребенок осваивает тонкие ручные движения и сложно координированные движения. Таким образом, развитие движений у детей осуществляется в очень быстром темпе, при этом существует довольно жесткая последовательность развития движений: движения появляются в строгом порядке, надстраиваясь одно над другим, создавая основу для появления следующих движений.

### 10.2 Нарушения движений у детей как результат заболевания нервной системы

Существует множество заболеваний нервной системы у детей (как спинного, так и головного мозга), при которых основным клиническим симптомом является нарушение движений.

***Миелодисплазия*** – (букв.*:* *неправильное развитие, нарушение строения спинного мозга*) – нарушение функционирования участка спинного мозга, который управляет движениями ног, поэтому у детей выпадают или нарушаются движения в одной или двух нижних конечностях, ребенок ходит, прихрамывая, его движения неловкие и неточные. Психическое развитие у детей с миелодисплазией первично не страдает, так как отсутствуют поражения головного мозга или анализаторов. Однако у детей могут отмечаться особенности развития личности, связанные с осознанием ребенком своей двигательной недостаточности.

***Спинномозговая грыжа*** – выпячивание содержимого спинномозгового канала за пределы позвоночника, локализуется преимущественно в пояснично-крестцовом отделе. В области выпячивания имеются множественные анатомические дефекты спинного мозга, поэтому нарушается функционирование его определенного участка. У детей наблюдаются параличи и парезы нижних конечностей, нарушение функций тазовых органов в виде недержания мочи и кала. Как правило, у детей со спинномозговой грыжей также не наблюдаются первичные нарушения психического развития, так как головной мозг функционирует нормально. Иногда после операционного удаления грыжи из-за нарушения циркуляции спинно-мозговой жидкости у детей развивается вторичная гидроцефалия. В этом случае у детей обнаруживается интеллектуальная недостаточность.

***Плексит (акушерский паралич) –*** следствие травматического поражения в родах плечевого сплетения, то есть нервного узла, через который осуществляется регуляция движений верхней конечности. Поэтому у ребенка наблюдается парез или паралич одной верхней конечности, в зависимости от стороны поражения (левое или правое плечевое сплетение). В зависимости от места повреждения самого плечевого сплетения выпадают движения преимущественно в плечевом суставе или преимущественно в кисти. При тотальном параличе движения в руке полностью отсутствуют. Психическое развитие у детей с плекситами практически не нарушается. В случае выраженного физического дефекта (укорочение и утончение нефункционирующей руки) развиваются отклонения в развитии личности из-за осознания своей двигательной недостаточности и видимого физического дефекта.

***Минимальная мозговая дисфункция*** – синдром легких неврологических расстройств, вызванных поражением мозговой коры, преимущественно в виде двигательных, речевых и поведенческих расстройств. Возникает в большинстве случаев как следствие внутриутробной гипоксии мозга. У детей наблюдается двигательная расторможенность, трудности сосредоточения внимания, сниженная обучаемость. Психическое развитие таких детей чаще характеризуется как задержка психического развития, хотя в ряде случаев наблюдаются лишь легкие двигательные нарушения в виде неловкости, неточности, нескоординированности движений, которое в МКБ-10 обозначается как F82 –специфическое расстройство двигательных навыков (моторных функций).

***Прогрессирующие мышечные атрофии*** – группа наследственных заболеваний, характеризующихся неуклонным (прогрессирующим) нарастанием мышечной слабости и атрофии. Это наиболее часто встречающаяся форма наследственной патологии. Описаны несколько клинических форм мышечной дистрофии в зависимости от механизма возникновения атрофии мышц. Первичные мышечные атрофии иначе называются *прогрессирующими мышечными дистрофиями, или миопатиями.* Они включают форму Дюшена (ранний детский и поздний детский варианты), форму Эрба (ранний, юношеский и поздний варианты) и другие формы. Из вторичных мышечных атрофий наиболее распространена амнотрофия Вердинга-Гоффмана и невральная амнотофия Шарко-Мари.

При мышечных дистрофиях наблюдается первичное поражение скелетной мускулатуры невоспалительного характера. Большинство клинических форм миопатии в настоящее время неизлечимы, они дебютируют в детском возрасте и характеризуются фатальным течением (летальный исход наступает из-за атрофии мышц, обеспечивающих дыхательную функцию и работу сердечной мышцы). Гистологические изменения в мышечной ткани предшествуют клиническим проявлениям болезни, при этом мышечная слабость, видимая на глаз атрофия, появляются лишь после включения в патологический процесс около 50 % мышечных волокон.

Дети с болезнью Дюшена начинают ходить позже своих сверстников, при ходьбе неуклюжи, с трудом поднимаются по лестнице, устают от двигательной нагрузки. Постепенно дети утрачивают способность к передвижению, как правило, к 10–11 годам. Через несколько лет сидения в кресле заметны грубые деформации скелета, к 14–16 годам обездвиженность больных достигает крайней степени, обычно они погибают к 20 годам.

Интеллектуальная недостаточность наблюдается примерно у одной трети больных. Для больных миопатией Дюшена характерны вялость, замедленность мышления, что может дополняться слабой памятью и нарушениями внимания, неспособностью сосредоточиться. Такие дети отличаются низким уровнем активности, инертностью. Дети практически лишены контактов со сверстниками, их круг общения крайне узок. Речь их отличается бедным словарным запасом. Для детей с этим заболеванием характерно сниженное настроение, доходящее до клинического уровня депрессии, депрессия возникает в связи с пониманием неизлечимости своей болезни и приближающейся смерти.

### 10.3 Психическое развитие детей с детским церебральным параличом

***Детский церебральный паралич (ДЦП)*** – заболевание головного мозга, которое может служить моделью для выяснения роли движений в психическом развитии. При ДЦП психическое развитие характеризуется как дефицитарное: развитие ребенка происходит в условиях дефицита, недостаточности одной из систем, в данном случае двигательной системы. В зависимости от формы церебрального паралича и степени тяжести движения либо отсутствуют вообще, либо они нарушены.

*Детский церебральный паралич* – полиэтиологическое непрогрес-сирующее заболевание головного мозга, возникающее вследствие его поражения внутриутробно, во время родов и в первые дни после рождения. Преимущественно поражаются двигательные (премоторные) зоны коры и подкорковые образования, а также мозжечок. Клинически ДЦП проявляется двигательными нарушениями (параличи, парезы, гиперкинезы, нарушение координации), что сочетается с нарушениями психического развития, нарушениями слуха, зрения, судорожными припадками. Двигательные нарушения обусловлены тем, что изменение мышечного тонуса, сочетаясь с патологическими тоническими рефлексами (автоматизмами), препятствует нормальному развитию возрастных двигательных навыков. У ребенка сохраняются безусловные рефлексы, которые вовремя не исчезли, и при сочетании с измененным мышечным тонусом это приводит к нарушениям в становлении основных движений.

Термин «детский церебральный паралич» введен в неврологическую науку в 1893 году З. Фрейдом, который в самом начале своей профессиональной карьеры занимался неврологией. Он предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей. Термин «детский церебральный паралич» в настоящее время признается не совсем удачным, так как он не в полной мере отражает характеристику заболевания. Так, в этом определении слово «детский» является избыточным, так как это заболевание считается врожденным, то есть возникающим только в детском возрасте. При ДЦП бывают не только параличи (полное выпадение движений), но и парезы (частичное нарушение движений). В этой связи были предприняты попытки ввести другие термины, обозначающие данное заболевание, но новые термины в науке и практике не прижились. Важным в определении, данном З. Фрейдом, является указание на происхождение заболевания, так как слово «церебральный» указывает на поражение головного мозга.

*Каким образом осуществляется психическое развитие ребенка в условиях двигательной недостаточности?* Выше говорилось о том, что с первых месяцев жизни ребенка психическое развитие осуществляется в связи с двигательным развитием. Следовательно, если у ребенка вовремя не появляются возрастные двигательные навыки, его психическое развитие изменяется. Так, если ребенок не удерживает голову, лежа на животе, то он получает меньше впечатлений от окружающего мира, лежа только на спине, поэтому уменьшается зрительная стимуляция, поступающая в мозг. Если ребенок не начинает вовремя захватывать предметы, у него не развивается восприятие, не совершенствуются функции руки, он не овладевает манипулятивными действиями.

Если ребенок не передвигается самостоятельно с помощью ползания или ходьбы, он не осваивает пространство, у него не развиваются кожно-кинестетические ощущения, то есть ощущения от положения тела и его перемещения в пространстве, что является необходимым условием для развития остальных движений, для формирования образа телесного «Я». Возможности манипулирования существенно снижаются, если ребенок не сидит самостоятельно, потому что в положении лежа манипулировать предметами довольно сложно. Снижаются также возможности зрительного контроля за выполнением действий с предметами.

В дальнейшем задерживается освоение предметных действий, предметной деятельности в целом, что автоматически приводит к задержке игры и изобразительной деятельности, которые генетически производны от предметной. Предметная деятельность оказывает огромное влияние на развитие восприятия: на материале предметной деятельности ребенок осваивает структуру человеческой деятельности. Так, у него формируются процессы целеполагания, целенаправленность деятельности. Если она не появляется в нормативные сроки, то у ребенка задерживается развитие восприятия, освоение структуры деятельности. Страдает наглядно-действенное мышление, отстает развитие символической функции. Автоматически это приводит к отставанию в развитии логического мышления и воображения.

Перечисление возможных отставаний в развитии можно проводить и дальше, потому что при ДЦП нарушается вся последовательность развития функций в онтогенезе. В конечном итоге, при отсутствии движений в нормативные сроки, будет наблюдаться и отставание в психическом развитии. Отставание накапливается за счет многочисленных вторичных дефектов – к ним относятся те функции, в реализации которых участвуют двигательные процессы.

У детей с церебральным параличом в абсолютном большинстве случаев имеются нарушения речи. Чаще всего у детей с ДЦП наблюдается *дизартрия*. Это нарушение экспрессивной речи, вызванное нарушением работы речедвигательного аппарата. При дизартрии нарушено произнесение отдельных звуков, слов, фраз, нарушена просодическая сторона речевого высказывания (речевое дыхание, темп речи, интонация). Страдает и понимание речи. Нарушения речи приводят к вторичному нарушению высших психических функций, так как речь является основным средством, с помощью которых эти функции осуществляются, то есть речь выступает в качестве знака, опосредующего их. Следовательно, у детей с нарушениями речи будет нарушена память, внимание, мышление. Страдает также и письменная речь – чтение и письмо – в связи с нарушением ручных движений, зрительного восприятия, фонематического слуха.

У детей с церебральным параличом, как правило, имеются те или иные нарушения психического развития еще и потому, что дети быстро утомляются, истощаются, у них снижен тонус психической деятельности, ее темп. В результате они медленнее усваивают информацию об окружающем, медленнее обучаются.

У ребенка с церебральным параличом изменяется характер и содержание общения с окружающими. Так, у него снижены способности восприятия обращенных к нему воздействий из-за нарушений речи, возможности инициативно обращаться к людям самому из-за нарушений активной речи и особенно невербальных средств общения (мимики, жестов), требующих участия движений. В связи с общим отставанием в психическом развитии у детей не формируются мотивы общения более высокого порядка – познавательные и личностные, что ограничивает содержание общения и его развивающее значение. Сужен круг общения: он ограничен самыми близкими людьми, так как ребенок изолирован пространственно в своем жилище из-за невозможности самостоятельного передвижения, из-за того, что окружающие люди боятся общаться с такими детьми и не умеют этого делать. В результате сужения круга общения ребенок испытывает социальную депривацию, что еще больше ограничивает возможности его развития, и особенно развития личности.

Развитие личности детей с церебральным параличом обусловлено тем, что дети развиваются в условиях социальной депривации, у них в целом снижены интеллектуальные возможности, и они имеют внешне видимый для окружающих физический дефект. Физический дефект вызывает у детей комплекс собственной неполноценности, они живут в ситуации хронической психической травмы. Дети тяжело переживают недоброжелательное отношение сверстников, чрезмерное внимание окружающих к их физическому недостатку. Они длительное время вынуждены находиться в медицинских учреждениях в связи с необходимостью длительного сложного лечения. Дети испытывают психотравмирующие переживания в связи с неприятными лечебными процедурами, не приносящими быстрого непосредственного эффекта. Они сталкиваются с трудностями в процессе обучения из-за различных нарушений движений и психических функций. Все эти факторы и приводят к компенсаторным явлениям в личностном развитии.

В детской психиатрии развитие личности детей с двигательной недостаточностью называют патологическим развитием личности. Патологическому развитию личности способствует также воспитание детей с церебральным параличом в условиях гиперопеки или, что встречается реже, гипоопеки (недостаточное внимание к ребенку из-за отвержения его близкими). Выделяется несколько вариантов патологического развития личности (Э.С. Калижнюк [1]):

– при *астено-невротическом варианте* детям свойственна слабость, робость, застенчивость, чрезмерная чувствительность и впечатлительность, неуверенность в своих возможностях; дети повышенно истощаемы, легко утомляются, быстро раздражаются, становятся обидчивыми;

– при *псевдоаутистическом варианте* у детей отмечается недостаточность общения, неконтактность, склонность к одиночеству, к уходу в себя;

*– истероидный вариант* характеризуется тем, что дети требуют повышенного внимания к себе, они демонстративны в поведении, эгоцентричны, стремятся выдвинуться, занять первое место; отличаются повышенной внушаемостью и подражательностью, часто не имеют собственного мнения;

– п*ри неустойчивом варианте* на первый план выдвигается недоразвитие волевой сферы, внушаемость, беззащитность перед внешними влияниями и непостоянство, сочетающееся с неспособностью к волевому усилию, к целеустремленной деятельности;

– у детей *с возбудимым вариантом* патологического развития личности ведущими признаками являются повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, склонность к аффективным вспышкам.

Описанные варианты неблагоприятного развития личности представляют собой отдаленный (а не непосредственный) результат развития ребенка в условиях двигательной недостаточности. Ребенок осознает свое отличие от других, остро переживает травмирующий опыт общения с окружающими. У него формируется искаженный образ «Я», выполняющий функции психологической защиты.

***Формы детского церебрального паралича.*** В зависимости от локализации и степени тяжести поражения нервной системы клинические симптомы у детей различаются. Дети с ДЦП могут настолько отличаться друг от друга, что неискушенный человек может подумать, что у этих детей разные заболевания. Так, один ребенок с ДЦП может передвигаться самостоятельно, а другой прикован к инвалидной коляске, у одного ребенка руки и ноги могут быть в постоянном движении, а у другого – движения вялые и невыразительные.

Выделяются несколько клинических форм церебрального паралича, в основе которых лежат следующие признаки: характер мышечного тонуса (повышенный, сниженный, изменчивый); количество и сочетание пораженных конечностей; наличие или отсутствие гиперкинезов. По классификации, предложенной К.А. Семеновой [9], в зависимости от ведущих неврологических синдромов выделяются пять форм ДЦП: двойная гемиплегия, спастическая диплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма и атонически-астатическая форма. Рассмотрим клинические особенности каждой формы и охарактеризуем особенности психического развития детей с разными формами церебрального паралича.

***Двойная гемиплегия*** – наиболее тяжелая форма ДЦП, так как у детей обнаруживается тяжелое массивное поражение головного мозга. Наблюдается тетрапарез, то есть поражены четыре конечности, руки, как правило, страдают больше, чем ноги, мышечный тонус высокий во всех конечностях. Ребенок не может самостоятельно даже сидеть, поворачиваться со спины на живот, стоять, ходить. В редких случаях дети могут научиться самостоятельно сидеть к 2–3 годам. Резко снижены возможности ребенка действовать руками, в тяжелых случаях ручные движения вообще отсутствуют. Характерны расстройства жевания и глотания, повышено слюнотечение. В речи наблюдается тяжелая дизартрия, нарушено звукопроизношение, обусловленное нарушением работы мышц артикуляторного аппарата. При дизартрии речь неясная, глухая, в тяжелых случаях ребенок может произносить только отдельные звуки. При двойной гемиплегии часто наблюдаются судороги, что еще более ухудшает состояние головного мозга ребенка. В психическом развитии наблюдаются тяжелые первичные и вторичные нарушения. К первичным нарушениям относится нарушение интеллекта, вторичные нарушения возникают за счет развития ребенка в условиях двигательной и первичной интеллектуальной недостаточности. Таким образом, психическое развитие детей при двойной гемиплегии сопоставимо с психическим недоразвитием. Детей с двойной гемиплегией можно относить также к группе детей с тяжелыми и(или) множественными физическими и(или) психическими нарушениями. Возможности коррекции двигательных и психических нарушений при данной форме резко ограничены ввиду тяжести мозгового поражения.

***Спастическая диплегия*** – спастический тетрапарез, то есть при этой форме ДЦП поражены четыре конечности, и ноги, как правило, поражены больше, чем руки. В конечностях повышен мышечный тонус, поэтому ноги приведены одна к другой, перекрещены на разных уровнях (стопы, голени или колени). В вертикальном положении ребенок стоит на носочках, поэтому такую позу называют позой балерины. Нарушения ручных движений варьируют от самых легких, которые проявляются в моторной неловкости, трудностях формирования и выполнения сложных двигательных навыков, до выраженных, когда в связи с высоким мышечным тонусом в руках ребенок может выполнить только самые простые движения типа захвата предметов и элементарного манипулирования ими. У детей задерживается формирование двигательных навыков: они позже начинают переворачиваться, ползать, сидеть, стоять и ходить. При легкой степени тяжести к 3–5 годам дети начинают ходить. Однако дети со спастической диплегией тяжелой степени так и не переходят к вертикальному положению и могут передвигаться только в коляске.

Психическое развитие при данной форме церебрального паралича страдает значительно меньше, чем при двойной гемиплегии. Во-первых, меньше выражены первичные дефекты, они имеют иное качество, так как наблюдается дефицитарность отдельных высших корковых функций, а не познавательной деятельности в целом. Во-вторых, у детей б***о***льшие возможности для развития движений, поэтому развитие психических функций у них протекает более благоприятно. Степень нарушений психического развития во многом зависит от степени поражения рук.

Характер нарушений психического развития варьирует от легкой умственной отсталости до уровня, близкого к возрастной норме. Достаточно часто при спастической диплегии наблюдается задержка психического развития. В структуре нарушения наблюдается удовлетворительное развитие вербального мышления, сочетается с выраженной недостаточностью наглядно-образного мышления и нарушениями пространственных представлений, зрительно-моторных координаций, слабостью счетных операций. Дети с достаточно хорошо развитой речью, умеющие составить рассказ о событии, рассказ по картинке, не могут, например, сложить картинку из 2–3 частей, скопировать пространственно ориентированные образцы линий, сложить узор из кубиков, составить мозаику. У школьников, обучающихся в массовой школе, возникают трудности в изучении предметов, требующих пространственной ориентировки, геометрии, географии, черчения.

***Гемипаретическая форма***проявляется повышением мышечного тонуса, парезами или параличами в двух конечностях на одной половине *(геми- – «одна половина»)* тела. Преимущественно поражаются верхние конечности. В зависимости от стороны поражения различают левосторонний и правосторонний гемипарез. Очаг поражения располагается контрлатерально, то есть при левостороннем гемипарезе он находится в правом полушарии, при правостороннем – в левом. У детей наблюдается типичный внешний вид, который описывается как «поза Вернике-Манна»: рука на пораженной стороне приведена к туловищу, согнута в локтевом и лучезапястном суставах, согнуты также пальцы в кисти, нога приведена к туловищу, но разогнута в суставах, стопа упирается на носок и развернута вовнутрь. С возрастом пораженные (паретичные, от слова «парез») конечности уменьшаются в размерах по сравнению со здоровыми, так как в связи с нарушением иннервации конечностей ухудшается и их питание, они растут медленнее. Все дети с гемипаретической формой овладевают двигательными навыками, начинают самостоятельно ходить, хотя и с некоторым отставанием от здоровых сверстников. В легких случаях активные движения в ноге восстанавливаются почти полностью, остаются лишь нарушения функций руки. Психическое развитие при гемипаретической форме церебрального паралича нарушается незначительно. При левостороннем гемипарезе умственное и речевое развитие практически не страдают. При правостороннем гемипарезе, который встречается чаще, чем левосторонний, и который труднее восстанавливается, могут возникать речевые нарушения, так как очаг поражения находится в левом, «речевом» полушарии. Речевые нарушения приводят к умственным нарушениям, поэтому у детей с правосторонним гемипарезом часто наблюдается задержка психического развития. Дополнительным фактором, который приводит к ухудшению умственного развития, являются судороги, которые часто встречаются у детей, хотя могут впервые появиться только с началом полового созревания. Судороги ведут к снижению интеллекта и изменениям личности ребенка.

У детей с гемипарезами структура нарушений в познавательной сфере неравномерна. При правостороннем гемипарезе наблюдаются оптико-пространственные нарушения в виде зеркального рисунка и письма, нарушения схемы тела, нарушения счета, а также разнообразные речевые нарушения в виде нарушений фонематического слуха, слухоречевой памяти. У детей с левосторонним гемипарезом преобладают пространственные нарушения, проявляющиеся при выполнении практических действий, в слабой ориентировке в пространственных направлениях, в игнорировании левой половины зрительного поля. Дети склонны игнорировать свой двигательный дефект, по собственной инициативе не включают левую руку в деятельность. В ряде случаев у детей, особенно с судорожными припадками, отмечаются и поведенческие нарушения: они расторможены, суетливы, внимание их неустойчиво, в отношениях с окружающими они излишне навязчивы, демонстративны, многоречивы.

***Гиперкинетическая форма*** проявляется гиперкинезами и нарушениями мышечного тонуса. Гиперкинезы могут наблюдаться в любом движущемся органе, что затрудняет освоение ребенком основных движений. В зависимости от степени тяжести поражения различается и степень выраженности гиперкинезов. Дети могут так и остаться в горизонтальном положении, не освоив самостоятельного передвижения; в более легких случаях они научаются ходить, осваивают основные двигательные навыки, тонкие ручные движения, в том числе письмо. Но произвольные движения детей неловкие, нескоординированные, порывистые, что обусловлено наличием гиперкинезов. Гиперкинезы могут наблюдаться и в языке. В этом случае у ребенка страдает активная речь, так как он не может правильно произносить звуки, а в наиболее тяжелых случаях не может произносить звуки вообще. Психическое развитие страдает в основном вторично за счет первичной двигательной недостаточности. Данная форма ДЦП может сочетаться с нарушениями слуха, и в этом случае нарушения психического развития будут более выраженными.

При гиперкинетической форме у детей отмечается высокая активность в познании окружающего мира, в общении с окружающими. В структуре дефекта ведущее место занимают речевые и слухоречевые расстройства, связанные с дефектами слуха и гиперкинетической дизартрией. При отсутствии нарушений слуха у детей страдает только экспрессивная речь, понимание же речи остается сохранным, при наличии нарушений слуха страдают обе стороны речи. Следовательно, нарушено будет и вербальное мышление, а относительно сохранными оказываются пространственная ориентировка и наглядно-образное мышление. Так, в школьном возрасте эти дети не успевают по русскому языку, они путают сходные по звучанию фонемы, затрудняются при написании под диктовку, допускают много грамматических ошибок. При описании сюжетных картинок дети затрудняются в составлении связного описания, им трудно установить последовательность событий. Они могут разложить картинки на группы, то есть произвести классификацию, ориентируясь на наглядно данный образец, но им трудно в речевом плане обосновать способы выполнения задания. Объем зрительной памяти у детей несколько выше, чем объем речевой памяти. Задания, требующие пространственной ориентировки, дети выполняют удовлетворительно (например, рисование, конструирование), хотя у них может страдать исполнительная часть из-за гиперкинезов.

***Атонически-астатическая форма*** характеризуется низким мышечным тонусом (мышечная гипотония) и нарушением координации движений. Дети поздно овладевают двигательными навыками, но научаются самостоятельно ходить. Движения у них порывистые, неловкие, нескоординированные. Походка шаткая, неуверенная, с широко расставленными ногами. Психическое развитие детей с атонически-астатической формой ДЦП зависит от локализации очага поражения. При локализации очага поражения в области мозжечка наблюдаются незначительные нарушения психического развития, а чаще они вообще отсутствуют. На первый план выдвигаются нарушения координации движений и походки. При локализации очага поражения в лобной коре наблюдаются выраженные умственные нарушения по типу интеллектуальной недостаточности. В этом случае дети медленнее восстанавливаются и в двигательной сфере.

Итак, анализ психического развития детей с разными формами церебрального паралича показывает, что в целом уровень их развития варьирует от тяжелой интеллектуальной недостаточности до приближенного к возрастной норме. При разных формах церебрального паралича имеются специфические нарушения. В качестве факторов, определяющих степень нарушений психического развития, выступают характер, выраженность и локализация поражения, особенности первичного дефекта. Кроме того, большое значение для прогноза развития ребенка имеет вовремя начатая и адекватная структуре нарушения коррекционная работа с ним.

### 10.4 Структура нарушения и психологические основы помощи детям при двигательных нарушениях

Детский церебральный паралич рассматривается как модель, которая ясно показывает, как происходит развитие ребенка в условиях двигательной недостаточности. Составляющее основу детского церебрального паралича мозговое поражение возникает очень рано, когда еще не завершен процесс формирования основных структур и механизмов головного мозга. Это обусловливает сложную картину неврологических, двигательных и психических расстройств. В многообразной картине нарушений психического развития при ДЦП наблюдается не только замедленный темп психического развития, но и неравномерный характер формирования отдельных психических функций. Специфика структуры нарушения при двигательной недостаточности состоит в парциальности, мозаичности нарушений психического развития, диссоциации в развитии разных функций, когда выраженное нарушение одних функций сочетается с относительной сохранностью других. Совокупность нарушенных и сохранных функций различается в зависимости от формы детского церебрального паралича.

Первичное нарушение в виде двигательной недостаточности приводит к комплексу вторичных нарушений, создающих картину сложного отставания в психическом развитии ребенка, в развитии его личности.

*Первичное нарушение* – отсутствие движений или нарушение двигательных функций (при наличии движений).

*Вторичное нарушение* – разнообразные нарушения всех тех психических функций, для реализации которых необходимы движения, замедление или недоразвитие тех функций, которые прямо или опосредованно связаны с «выпавшими» двигательными функциями:

- снижение двигательной и общей активности;

- затруднения в формировании ориентировочной реакции вследствие трудностей поворота головы, приближения к интересующему предмету, запаздывания в формировании акта хватания;

- нарушение внимания, в частности, зрительного внимания, которое требует удержания головы, фиксации глаз на объекте, прослеживания движущегося объекта;

- нарушение предметно-практической деятельности из-за нарушений ручных движений; нарушение всех видов деятельности, которые осуществляются с помощью ручных движений и движений пальцев (продуктивные виды деятельности, игра, деятельность по самообслуживанию и труд);

- нарушение зрительного восприятия, которое на первых этапах реализуется с помощью предметных действий и движений глаз) и зрительно-моторных координаций;

- нарушение пространственной ориентировки;

- нарушение схемы тела;

- нарушения наглядно-действенного и наглядно-образного мышления;

- нарушение процессов чтения и письма;

- другие нарушения психических функций, для реализации которых необходимы движения.

*Третичное нарушение* – патологическое формирование личности из-за нарушения социальных связей, снижения возможностей общения, нарушения самосознания как следствие нарушений схемы тела, осознания своего физического недостатка, искажения образа «Я». Как отмечает В.В. Лебединский, «в результате двигательных ограничений, накладываемых болезнью, ребенок живет и развивается в пространственно весьма ограниченном мире. Это препятствует формированию развития многих видов взаимоотношений и взаимодействия со сверстниками и взрослыми. Ограниченность контактов нередко способствует аутизации, фомированию эгоцентрических установок, пассивности» [с. 104].

*Основной задачей реабилитации* при данном виде нарушений является развитие движений у детей. При двигательной недостаточности, которая наблюдается у ребенка с рождения, дети не имеют опыта движений. Поэтому развитие у них движений необходимо проводить в онтогенетической последовательности: ребенок должен последовательно осваивать все ступени развития движений. Особая задача – это развитие ручных движений, тонких дифференцированных движений пальцев.

У всех детей с церебральным параличом необходимо специально развивать навыки самообслуживания, так как из-за двигательной недостаточности эти навыки формируются с большими трудностями. Важную роль в развитии ребенка с двигательной недостаточностью играет обучение его продуктивным видам деятельности (рисование, лепка, конструирование, аппликация). Эти виды деятельности тяжело даются таким детям, но в то же время в них заложен большой коррекционно-развивающий потенциал. В этих видах деятельности развиваются тонкие дифференцированные движения рук, восприятие и мышление, а также целенаправленность и усидчивость.

Задачи *психокоррекционной работы* ставятся исходя из структуры нарушения, так как в коррекционной работе исправляются недостатки в развитии психических функций, развиваются отсутствующие и недоразвитые функции. Поэтому при разных формах церебрального паралича и при разной степени нарушений эти задачи будут несколько различаться. Так, в большинстве случаев ставится задача развития восприятия и пространственной ориентировки у детей, развитие речи и вербального мышления. В коррекционной работе необходимо опираться на актуальный уровень развития ребенка, на его достижения, на «каналы доступа» к ребенку. Например, если ребенок не может показать рукой на требуемый предмет при выполнении заданий, то он может смотреть на него, если он не может складывать картинку из частей из-за нарушения функций рук, то он может показывать взрослому, какую часть картинки нужно взять и каким образом приложить к другой ее части, а исполнительную часть данного задания может выполнять взрослый. Если ребенок не может писать из-за гиперкинезов, то он может научиться печатать на компьютере.

Целесообразно обучать ребенка выполнению всех новых действий более сохранной или здоровой рукой, так как это увеличит его возможности в овладении действиями. После того, как новое действие освоено и выполняется ребенком без особенных трудностей, можно обучать его выполнять это же действие и менее сохранной рукой, но в этом случае уже будет решаться задача упражнения этой конечности, развития движений в этой руке. Особое значение данная тактика имеет в работе с детьми с гемипаретической формой церебрального паралича, так как с возрастом пораженная конечность уменьшается в размерах по сравнению со здоровой, значительно снижается ее функциональная активность. Ребенок стремится все действия выполнять здоровой конечностью, и он достигает совершенства в работе только одной конечностью. Негативные эффекты для пораженной конечности могут быть уменьшены, если упражнять эту конечность в выполнении различных движений. Однако следует помнить, что в работе для ребенка она все равно останется только вспомогательной по сравнению со здоровой конечностью.

У детей, имеющих нарушения двигательных функций, необходимо целенаправленно формировать внутреннюю картину болезни: информировать детей о симптомах болезни, о ее причинах и о способах лечения. Лечение заболеваний нервной системы, при которых имеется двигательная недостаточность, требует усилий самого ребенка, его активного участия в выполнении физических упражнений, так как активные занятия физкультурой являются основным средством реабилитации при двигательной недостаточности. Занятия физкультурой должны быть систематическими, постоянными, проводиться в течение многих лет. Это требует от ребенка настойчивости, целеустремленности, что возможно только при формировании у него собственной мотивации к преодолению двигательной недостаточности.

Психологическая коррекция должна быть направлена также на коррекцию эмоциональной сферы у детей, на формирование их личности. Главная задача – преодоление пассивности ребенка и его иждивенческой позиции, являющихся следствием недостаточной двигательной активности и гиперопеки со стороны взрослых. Необходимо также формировать у ребенка чувство собственной значимости, полезности, нужности, что способствует уменьшению у него чувства своей физической неполноценности.

Прогностическая оценка психического развития детей с двигательными нарушениями, и особенно с ДЦП, представляет серьезные трудности. По данным И.И. Мамайчук [6], а также по нашим данным, наиболее благоприятный прогноз у детей со спастической диплегией и левосторонней гемипаретической формами ДЦП. У двух третей детей со спастической диплегией интеллект первично сохранен, и они обучаются по программе массовой школы или по программе для детей с трудностями в обучении. Однако около одной трети детей имеют первичные нарушения интеллекта в форме легкой умственной отсталости. Примерно у 5% детей отмечаются более глубокие нарушения интеллекта. Приблизительно такое же соотношение и у детей с гемипаретической формой ДЦП, хотя среди них, по нашим данным, не обнаруживаются дети с первичными нарушениями интеллекта.

Дети с гиперкинетической формой ДЦП обнаруживают серьезные трудности в социальной адаптации. Из-за выраженных и внешне видимых физических недостатов только часть из них могут посещать массовые учреждения образования, они не могут самостоятельно работать, им трудно устанавливать социальные контакты, в том числе из-за нарушений речи.

Однако при создании благоприятных условий для реабилитации, своевременно начатой коррекционной работе дети с данными формами ДЦП могут достичь неплохих успехов в обучении, в овладении трудовыми навыками, в социальной интеграции. Известны случаи серьезных достижений детей и молодых людей с ДЦП в области параолимпийского спорта (плавание, санный спорт), современных бальных танцев на колясках, а также в других областях. Люди с ДЦП могут овладеть так называемыми «сидячими» профессиями, например, профессией бухгалтера, специалиста по компьютерным технологиям и др. Ограниченные способности к самостоятельному передвижению не являются препятствием для полноценного общения, работы, обучения. Особенно важным для людей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата является создание безбарьерной среды, чтобы они могли самостоятельно передвигаться на колясках.

### 10.5 Вопросы для размышления, проверки, самоконтроля; практические задания

1. Какова роль движений в психическом развитии ребенка?

2. Какие отделы головного мозга участвуют в реализации движений человека?

3. Приведите аргументы в пользу идеи о том, что психика и движения развиваются взаимосвязано. Попробуйте найти примеры, опровергающие эту взаимосвязь.

4. Является ли детский церебральный паралич врожденным или приобретенным заболеванием?

5. Почему у ребенка с ДЦП страдает большинство психических функций?

6. Какие формы ДЦП вы знаете? По каким критериям они различаются?

7. Как вы считаете, у детей с ДЦП нарушения мышления являются первичным или вторичным нарушением?

8. Назовите основные задачи коррекционной работы с детьми при детском церебральном параличе.

9. При каких условиях возможен такой уровень психического развития ребенка с ДЦП, который максимально приближен к возрастной норме?

10. Объясните, почему при таких заболеваниях, как спинномозговая грыжа и плексит, психическое развитие практические не нарушается, но могут наблюдаются нарушения в формировании личности?

11. Какую психологическую помощь можно оказать ребенку, страдающему прогрессирующей мышечной дистрофией?

***Практическое задание № 1.*** Составьте таблицу «Нарушения психического развития при разных формах ДЦП», используйте литературу к данной теме.

Таблица 10.1 – Нарушения психического развития при разных формах ДЦП

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Форма**  **ДЦП** | **Клиническая характеристика (мышечный тонус, пораженные конечности)** | **Внешний вид ребенка, двигательные навыки** | **Общая характеристика отклонений в психическом развитии** | **Характеристика развития отдельных психических функций** |
|  |  |  |  |  |

***Практическое задание № 2.*** Прочитайте книги, главным героем которых являются люди с нарушением функций опорно-двигательного аппарата (А. Маршал «Я умею прыгать через лужи», С. Цвейг «Нетерпение сердца»). Напишите эссе по прочитанной книге. В эссе необходимо раскрыть следующие вопросы:

* Какие чувства переживает герой книги в связи с имеющимися у него двигательными нарушениями?
* Как складываются у него отношения с окружающими?
* От каких условий зависит успешная интеграция таких людей в общество?

***Практическое задание № 3.*** Проанализируйте высказывание мамы ребенка, которая выражает свое мнение о его заболевании. «Мой мальчик плохо ходит, у него ножки перекрещиваются, и он становится на носочки. С головой у него все в порядке, он умненький, все понимает, но чуть-чуть плохо говорит, шепелявит. У него ножки больные, и врачи говорят, что у него ДЦП, а заболел он только в 4 года, до этого был здоровенький».

Какие ошибочные суждения о заболевании ребенка содержатся в этом высказывании?

### 10.6 Библиография по теме «Дефицитарное психическое развитие: дети с двигательными нарушениями»

1. Калижнюк, Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э.С. Калижнюк. – Киев : Вища школа, 1987. – 272 с.
2. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей: учеб. пособие / В.В. Лебединский. – М. : Изд-во МГУ, 1985. – 168 с.
3. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М. : Издат. центр «Академия», 2001. – 192 с.
4. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – М. : Изд-во МГУ, 1962. – 432 с.
5. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 220 с.
6. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.
7. Маршалл, А. Я умею прыгать через лужи / А. Маршалл. – Минск : Юнацтва, 1987. – 238 с.
8. Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст) / Е.М. Мастюкова. – М. : Владос, 1997. – 304 с.
9. Семенова, К.А. Лечение двигательных расстройств при детском церебральном параличе / К.А. Семенова. – М. : Медицина, 1979.
10. Смирнова, И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП / И.А. Смирнова. – СПб. : Детство-пресс, 2003. – 160 с.
11. Специальная дошкольная педагогика: учеб. пособие для вузов / Е.А. Стребелева [и др.]; под ред. Е. А. Стребелевой. – М. : Изд. центр «Академия», 2002. – 312 с.
12. Специальная психология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. В.И. Лубовского. – М. : Изд. центр «Академия», 2005. – 464 с.
13. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для вузов / Л.М. Шипицина, И.И. Мамайчук. – М. : Владос, 2004. – 368 с.

# Глава 11 Искаженное психическое развитие: дети с аутизмом и аутистическими нарушениями

***Основные понятия.*** *Аутизм, аутистические нарушения, ранний детский аутизм, синдром Каннера, синдром Аспергера; первазивные расстройства развития, искаженное развитие, гиперестезия, феномен тождества, неофобия, эхолалия, стереотипия, депривация, пресыщаемость,*

**Содержание**

11.1 Общая характеристика детского аутизма и аутистических нарушений.

11.2 Клинико-психологическая характеристика детского аутизма.

11.3 Психологическая характеристика искаженного психического развития.

11.4 Дифференциальная диагностика.

11.5 Психологические основы коррекционной помощи детям с аутистическими нарушениями.

11.6 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания.

11.7 Библиография по теме «Искаженное психическое развитие: дети с аутизмом и аутистическими нарушениями».

### 11.1 Общая характеристика детского аутизма и аутистических нарушений

Дети с аутизмом определяются иногда как дети с нарушениями общения, или как дети с эмоциональными нарушениями. Этим подчеркивается, что в случаях детского аутизма основным является нарушение общения ребенка с окружающими. Характер психического развития резко искажается, так как у ребенка отсутствует или значительно снижена потребность в общении с окружающими. Однако более внимательное рассмотрение показывает, что при аутизме нарушен в целом процесс взаимодействия ребенка как с социальным окружением, так и с предметным миром. Дети с аутизмом значительно отличаются друг от друга по степени нарушения потребности в общении и способности вступать в контакт, по характеру поведенческих проблем, по уровню интеллектуального и речевого развития. Однако все они похожи своей неприспособленностью в повседневных жизненных ситуациях, трудностями применения накопленных знаний в реальной жизни.

Психическое развитие в норме происходит в условиях общения ребенка с окружающими, в общении он присваивает культурно-исторический опыт, поэтому развитие ребенка происходит в определенном направлении – в направлении приобретения человеческих способностей. Дети учатся воспринимать, анализировать, обобщать, запоминать, решать встающие перед ними проблемы вполне определенным образом, присваивая те способы деятельности, общения, регуляции своего поведения, познания окружающего мира, которым их обучили взрослые. Опосредованность и произвольность высших психических функций, поведения и деятельности ребенка приобретаются только в общении со взрослыми. Но и само общение ребенка с окружающими не остается неизменным, развиваются мотивы общения, его средства, расширяется круг общения ребенка.

Для того, чтобы обучиться у другого человека чему-либо, ребенок должен принимать обращенные к нему воздействия, слышать и слушать то, что говорит другой, смотреть и видеть то, что делает или показывает другой, воспроизводить то, что делает другой. Кроме того, ребенок должен инициативно обращаться к взрослому, выражая свои потребности и желания, свое эмоциональное состояние, побуждая взрослого к действию. Если у ребенка потребность в общении отсутствует или снижена, то его психическое развитие будет протекать своеобразно. Ребенок за счет собственной активности сможет осваивать окружающий мир, познавать его, но он это будет делать «по своей собственной программе». Более развитыми у него окажутся непроизвольные формы психической деятельности, произвольные же формы, с помощью которых и происходит преимущественное присвоение общественно-исторического опыта, будут менее развитыми.

Термином «детский аутизм» обозначают особое нарушение развития. Слово *«аутизм»* производно от греческого «autos», что означает «сам» «свой», «собственный» [16, с. 11], а сам аутизм понимается как погруженность человека в себя, уход от контактов с внешним миром. Впервые данное нарушение было описано американским психиатром Л. Каннером в 1943 году, который описал триаду симптомов, обязательных для аутизма: 1) аутизм с аутистическими переживаниями, «экстремальное одиночество» – стремление ребенка находиться в одиночестве, отсутствие желания устанавливать контакты с окружающими, погруженность в свой мир, сосредоточенность на внутренних переживаниях, сниженный интерес к внешнему миру; 2) однообразное поведение с элементами одержимости, то есть устойчивые, длительно повторяющиеся однообразные формы поведения, не имеющие смысла с точки зрения других людей; 3) своеобразные нарушения речи, при которых речь не выполняет коммуникативной функциию, то есть не направлена на других людей [8].

В 1944 году австрийский психиатр Г. Аспергер описал группу детей, которые также отличались нарушением контактов с окружающими, трудностями социальной адаптации, но имели достаточно высокий уровень умственного развития и развития речи. Типичной для этих детей являлась одержимая увлеченность, сосредоточенность на какой-либо сфере деятельности, своеобразный патологический интерес, а также одаренность в какой-либо области. Синдром Аспергера рассматривался в психопатологии как вариант шизоидной психопатии [8]. В дальнейшем аутизм был описан в структуре детской шизофрении при тяжелых органических поражениях головного мозга в сочетании с интеллектуальной недостаточностью. Работы Л. Каннера и Г. Аспергера положили начало широкомасштабным исследованиям этого специфического нарушения в западных странах, а позже и в отечественной психиатрии и специальной психологии.

Детский аутизм считается достаточно распространенным расстройством. Сведения о частоте аутизма несколько противоречивы: частота встречаемости указывается разными авторами в пределах от 4,5 до 15–20 случаев на 10 000 детей. Такие различия обусловлены, прежде всего, тем, что к аутизму могут относить широкий круг сходных состояний, при которых наблюдаются отдельные симптомы нарушений поведения и развития, социальной адаптации и коммуникации, внешне сходных с аутизмом и требующих аналогичной коррекционной работы с детьми. Аутизм в 3–5 раз чаще диагностируется у мальчиков по сравнению с девочками; он встречается у детей всех стран, во всех слоях населения примерно с одинаковой частотой, хотя имеются и данные о большей встречаемости аутизма в семьях из «верхних» слоев населения и среднего класса. Наблюдается наследственная предрасположенность к аутизму: в семьях детей с аутизмом чаще встречаются родственники с нарушениями общения, с шизоидными расстройствами личности, среди сиблингов ребенка с аутизмом частота аутизма в 50 раз больше, чем в общей популяции (Ч. Венар и П. Кериг, В.Е. Каган, В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Х. Ремшмидт, ).

Причины аутизма до настоящего времени окончательно не выяснены. Первоначально аутизм связывался с нарушением отношений ребенка с матерью, с отсутствием эмоционального тепла у матери, ее отчужденностью по отношению к ребенку (Б. Беттельгейм). Наиболее последовательными сторонниками данной точки зрения были представители психоаналитического направления. Однако эта гипотеза о причинах аутизма в дальнейшем не получила своего подтверждения, так как аутизм обнаруживался у детей тех матерей, которые отличались особо нежным, эмоционально насыщенным отношением к ним. Современные исследования позволили выявить различные нарушения в центральной нервной системе ребенка с аутизмом. Причины и характер недостаточности в центральной нервной системе, локализация очага поражения описываются по-разному, но несомненно, что возникновение аутистических расстройств связано с нарушениями в лимбической системе головного мозга. Детский аутизм является полиэтиологическим заболеванием, и он может быть вызван более чем 30 различными факторами (Ч. Венар и П. Кериг, В.Е. Каган, Х. Ремшмидт).

**11.2 Клинико-психологическая характеристика детского аутизма**

Биологическая недостаточность центральной нервной системы создает особые патологические условия, в которых живет и развивается ребенок и к которым он вынужден приспосабливаться с помощью специфических форм поведения, адекватных данным условиям. Рассматривая психологическую структуру нарушения при детском аутизме, В.В. Лебединский и О.С. Никольская [7; 8; 13] выделяют типичное сочетание двух патогенных факторов, которое проявляется с самого рождения ребенка: 1) энергетическая недостаточность, снижение общего, в том числе психического, тонуса и вызванное этим нарушение возможности активно взаимодействовать со средой, 2) снижение порога аффективного дискомфорта в контактах с миром, особая сенсорная и эмоциональная гиперестезия с выраженным отрицательным фоном ощущений. Оба этих фактора действуют в одном направлении, препятствуя развитию активного взаимодействия со средой и создавая условия для возникновения защитных форм поведения ребенка. В структуре нарушения при детском аутизме указанные факторы занимают место *первичного нарушения*, которое является непосредственным, прямым проявлением болезненного состояния, недостаточности центральной нервной системы.

Хроническая недостаточность общего, в том числе психического, тонуса, проявляется в крайне низкой психической активности, тяжелой пресыщаемости ребенка в контактах с окружающим миром, особенно в социальных контактах, в трудностях сосредоточения внимания, в грубых нарушениях произвольности, целенаправленности поведения и деятельности. Ребенок выглядит вялым, малоактивным, у него отсутствует естественное любопытство, он не исследуют окружающий мир. Любая помеха тормозит начатую деятельность, особенно трудно ему активно сосредоточить внимание, сконцентрировать его на образце выполнения деятельности, осуществлять целенаправленную активность в соответствии с поставленными целями. Для детей характерна неравномерность в умственной деятельности, когда периоды целенаправленности, правильные ответы на вопросы сменяются пассивностью, резким снижением качества выполнения задания, неверными и нечеткими ответами на вопросы. При этом дети в отдельных ситуациях кажутся смышлеными, сообразительными, они без специального обучения усваивают знания, умения и навыки, то есть оказывается, что непроизвольные формы психической деятельности у них более продуктивны, чем произвольные.

Поведение, характерное для ребенка с аутизмом, очень часто является следствием его сенсорного опыта. Понимание сенсорного мира ребенка с аутизмом позволяет понять и особености его поведения. Проблемы развития сенсорной сферы у детей с аутизмом разделяются на две группы – гиперчувствительноть и гипочувствительность. *Гиперчувствительность* (гиперсензитивность, гиперестезия) – это повышенная чувствительность вплоть до непереносимости определенных сенсорных стимулов. *Гипочувствительность* (недостаточная чувствительность, низкая чувствительность) – недостаточно развитая способность воспринимать стимулы разной модальности. В случае гиперчувствительности ребенок будет стремиться избегать определенных стимулов, а в случае гипочувствительности, наоборот, будет стремиться их получить в разных формах.

*Сенсорная гиперестезия* является одной из наиболее очевидных особенностей ребенка с аутизмом: ребенок особым образом реагирует на обычные сенсорные стимулы, демонстрируя даже парадоксальные реакции. Он может закрывать уши, если слышит самые обыкновенные, повседневные звуки нормальной для здорового человека громкости, но особенно остро реагировать на тихие звуки, такие как шепотная речь и писк комара. Ребенок болезненно реагирует на определенный цвет предметов, на прикосновение, на одежду из ткани определенной фактуры. В максимальной степени страдает эмоциональный контакт ребенка с человеком, который является наиболее сильным раздражителем в окружающей среде. Человек как стимул является сложно организованным объектом: это стимул, состоящий из множества составных частей, от него исходят эмоционально насыщенные звуки, он изменяет свои свойства, он передвигается. Взгляд человека, исходя из этологических позиций (этология – наука о поведении), признается концентрированным выразителем сильного, насыщенного аффективного отношения к окружающему, символом тревоги и опасности, поэтому вызывает у ребенка с аутизмом особую тревогу. Поэтому ребенок особенно быстро пресыщается в контактах с другими людьми, у него нет стремления к общению, он избегает визуального контакта с человеком.

Следствием гиперестезии к различным сенсорным стимулам являются различные, специфические для детского аутизма, формы поведения ребенка, которые призваны защитить ребенка, изолировать его от тяжелых для него контактов с окружающим миром. К ним относится собственно *аутизм –* отгороженность ребенка от окружающего мира, особенно от людей, уход в собственный мир, снижение контактов с окружающими, отсутствие инициативы в контактах со средой, отсутствие любознательности и активности в освоении окружающего мира. У детей наблюдаются защитные формы поведения: ребенок прячется в ограниченном пространстве, например, под кроватью, в ящике, в шкафу, принимает позу эмбриона, прижимая голову к груди, весь сжимаясь, закрывая уши и голову в целом руками.

Сенсорная гиперестезия может проявляться во всех модальностях:

– при гиперестезии в проприоцептивной модальности у детей наблюдаются проблемы c движением тела, перемещением в пространстве, проблемы манипуляции с мелкими предметами (застегивание пуговиц, завязывание шнурков и т.п.);

– при гиперестезии в вестибулярной системе ребенок испытывает такие проблемы, как укачивание в транспорте, трудности выполнения деятельности, если голова не смотрит прямо и ноги не стоят на земле; ребенку трудно остановиться или завершить начатое движение;

– при гиперестезии в обонятельной модальности у ребенка возникает сильная реакция, непереносимость некоторых запахов, проблемы пользования туалетом, неприязнь к людям, которые используют духи и шампуни с сильным запахом;

– при гиперестезии в зрительной системе наблюдаются случаи искаженного зрительного восприятия: детям кажется, что предметы «скачут» вокруг; зрительные образы оказываются фрагментарными из-за слишком большого числа источников зрительных впечатлений; ребенок фокусируется на отдельных деталях и не может рассмотреть предмет в целом;

– при гиперестезии в слуховой системе окружающие звуки воспринимаются как искаженные и странные, ребенок испытывает трудности в концентрации внимания из-за невозможности «отключиться» от них; дети могут воспринимать очень тихие звуки и остро реагировать на них;

– при гиперестезии в тактильной системе ребенок воспринимает прикосновения как болезненные и дискомфортные, что приводит к избеганию любых прикосновений; ребенок не любит определенную одежду, испытывает проблемы с расчесыванием, мытьем головы и стрижкой волос;

– при гиперестезии во вкусовой системе ребенок воспринимает некоторые вкусы и продукты как слишком интенсивные и невыносимые; определенная структура еды (например, твердая пища) вызывает у ребенка дискомфорт.

Еще одним следствием сенсорной и эмоциональной гиперестезии являются многочисленные *страхи*, типичные для детей с аутизмом. Страхи отмечаются уже на первом году жизни. По содержанию страхи разделяются на такие, которые типичны для детей соответствующего возраста, и неадекватные, нетипичные для детей вообще. Дети с аутизмом боятся остаться одни, потерять мать, боятся чужих, новой обстановки, высоты, лестницы, огня, животных, людей в белых халатах, инъекций. Среди нетипичных страхов выделяются страх различных бытовых шумов (пылесоса, электробритвы, шума лифта, шума воды в водопроводных трубах). Ребенок боится не только громких звуков, но и тихих, что выглядит необычно, например, шелеста листьев, газеты, жужжания мухи. Страхи вызываются также и зрительными стимулами: включением света люстры, мельканием бликов на стекле, солнечным светом. Страхи могут носить также обобщенный характер: так, дети боятся всего черного или всего красного, всего круглого, всего блестящего. Вызывает страхи и вид определенных предметов, таких как гибкий шланг душа, подсолнух, шишки репейника. Еще одна группа страхов связана с тактильной гиперестезией, когда дети боятся всего мокрого, прикосновений к лицу даже таких легких предметов, как вата, пушинки одуванчика. Страхи детей с аутизмом индивидуальны, они могут значительно различаться у разных детей, что связано с тем, какой именно предмет или свойства этого предмета вызывают гиперестезию.

*Гипочувствительность* так же как гиперестезия может проявляться в разных сенсорных модальностях, или системах:

– при гипочувствительности в проприоцептивной системе ребенок не ощущает пространства вокруг себя и не соблюдает дистанцию в пространстве рядом с другим человеком, у ребенка возникают проблемы с перемещением по помещению, так как он не умеет избегать препятствий; ребенок при ходьбе часто сталкивается с другими людьми;

– при гипочувствительности в вестибулярной системе у ребенка возникает потребность постоянно раскачиваться, качаться, вращаться;

– при гипочувствительности в обонятельной системе ребенок может вообще не чувствовать запахов, не замечать даже очень сильные неприятные запахи; ребенок может лизать предметы;

– при гипочувствительности в зрительной системе ребенок воспринимает предметы как более темные, чем на самом деле, плохо распознает линии и очертания предметов; возникают проблемы с восприятием глубины, которые проявляются в том, что ребенку трудно бросать и ловить предметы; ребенок часто пользуется периферическим, а не центральным зрением;

– при гипочувствительности в слуховой системе ребенок слышит звуки только частично или не слышит их вообще, не распознает определенные звуки, наслаждается шумными местами, специально вызывает звуки из разных предметов;

– при гипочувствительности в тактильной системе ребенок сильно сжимает (даже щипает) других людей, плохо чувствует боль и температуру тела, практикует самоповреждения тела, получает удовольствие, если на нем лежат тяжелые вещи, стремится прятаться в ящики, коробки, заворачивается в одеяла;

– при гипочувствительности во вкусовой модальности ребенок предпочитает очень острую еду, ест буквально все (листья деревьев, траву, ткань, землю, косметические средства и т.д.).

Как уже было сказано выше, ребенок с аутизмом избегает сенсорных стимулов, не воспринимает их в полном объеме, поэтому у него возникает состояние *сенсорной депривации*, при которой ощущается недостаток, дефицит сенсорных стимулов. Депривация преодолевается с помощью *аутостимуляции* (самораздражения) – это настойчивое стереотипное извлечение сенсорных ощущений с помощью окружающих предметов из своего тела. Аутостимуляции наблюдаются в разных модальностях: в зрительной – ребенок перебирает пальцами перед своими глазами, подолгу бессмысленно механически перелистывает страницы книги, глядя на мелькание страниц, двигает головой, глядя на яркое цветовое пятно; в слуховой – ребенок подолгу звенит предметами; в кожно-кинестетической – совершает разнообразные ритмичные движения, чтобы испытать соответствующие ощущения.

Аутостимуляция сенсорной и аффективной недостаточности – одна из функций, которую выполняют *стереотипии,* устойчивые формы однообразных действий. Однообразные действия повторяются много раз, поэтому задается определенный ритм через повторяемость. Ритмическая организация упорядочивает для ребенка неопределенный, а потому очень тревожный, пугающий мир. Упорядочивание, организация внешнего мира – еще одна функция стереотипий. Ребенок получает впечатление, что он берет внешний мир под свой контроль и тем самым ограждает себя от дискомфортных, неприятных впечатлений. Он опирается на стереотипы потому, что может приспособиться только к устойчивым формам жизни. Стереотипии ребенка с аутизмом отличаются длительностью, упорством, большой эмоциональной заряженностью. Стереотипии проявляются в сенсорной сфере, в двигательной сфере, в речи, в сфере интеллектуальных интересов. Ребенок повторяет однообразные движения, такие как: серии однообразных прыжков, бег по определенному «маршруту» в комнате, однообразно потряхивает кистями, сжимает их, открывает и закрывает двери по многу раз, включает и выключает свет, выкладывает ритмические узоры из деталей мозаики, повторяет одни и те же строчки из песен, выкрикивает одну и ту же фразу, «зацикливается» на одном интересе, которому посвящает все свое время, например, интересуется железной дорогой, географией, составляет своды законов для собачьей страны и др.

Следствием преобладания стереотипных, устойчивых форм поведения ребенка является так называемый *«феномен тождества»,* типичный для детей с аутизмом. Дети не переносят изменений в предметной среде, окружающей их. Они требуют сохранения сложившегося порядка, в котором расположены предметы в комнате, на столе. Ребенок не переносит, а поэтому не принимает перестановок мебели, ремонта, переезда в другое жилище, он сопротивляется новой одежде, введению новых видов пищи и т.п. Он нуждается в постоянном, однообразном режиме дня, в постоянном следовании привычных занятий, он аффективно привязан к привычным предметам, вещам, требует, чтобы эти предметы были всегда в наличии. В случае изменения привычной обстановки и режима дня у детей наблюдается два разных вида реагирования. Это либо повышение тревожности, еще больший уход в себя, либо негативизм, активное стремление вернуть прежнюю обстановку. У ребенка может расстроиться сон и аппетит, он становится более раздражительным, агрессивным, у него усиливаются стереотипии. Феномен тождества, как и выраженные стереотипии, выполняют функцию защиты ребенка от дискомфортных впечатлений, вызванных неупорядоченностью внешнего мира, вызывающую у него многочисленные страхи. Выполняя стереотипное, привычное действие, ребенок успокаивается, чувствуя себя в безопасности. В то же время эти формы поведения демонстрируют ограниченность способности ребенка активно и гибко взаимодействовать с окружающим миром, так как ребенок с аутизмом может приспосабливаться только к устойчивым, однотипным формам жизни.

На основе вышесказанного можно сделать вывод о том, что в качестве *вторичных нарушений* при детском аутизме выступают специфические формы поведения ребенка, которые свидетельствуют о нарушении возможности его взаимодействия с окружающим миром, и нарушения развития тех сторон психики ребенка, которые формируются в процессе активного социального взаимодействия. По В.В. Лебединскому и О.С. Никольской [7; 13] к ним относятся:

- аутизм как симптом погруженности в себя;

- недоразвитие социальных контактов;

- трудности разграничения собственного Я и окружающего мира;

- дефицит практики действий с предметами;

- искажения в развитии познавательных функций и речи;

- нарушения самовосприятия и образа «Я».

Таким образом, к основным расстройствам при аутизме относятся энергетическая недостаточность, нарушения инстинктивно-аффективной сферы, нарушения чувствительности по типу ее повышения или снижения, выраженный отрицательный фон ощущений. Эти нарушения являются основой для возникновения защитных аутистических установок. Связанное с аутизмом снижение потребности в общении и недоразвитие социальных контактов резко искажают весь ход психического развития. Нарушение взаимодействия с окружающим миром обусловливает особый тип аутистического дизонтогенеза, который обозначается как *искаженное психическое развитие.*

### 11.3 Психологическая характеристика искаженного психического развития

При искаженном развитии нельзя говорить о простой задержке в развитии психических функций или об их недоразвитии, не отмечается и недостаточность отдельных сенсорных систем. Наблюдается сложное сочетание разных видов нарушений развития, что делает картину психического развития при аутизме чрезвычайно мозаичной, вычурной, специфичной, не похожей на другие виды психического дизонтогенеза.

В современных клинических классификациях (например, в международной классификации болезней 10-го пересмотра) аутизм отнесен к так называемым «*первазивным*», то есть к всепроникающим расстройствам. Нарушения развития при аутизме наблюдаются во всех сферах психики: когнитивной и аффективной сферах, в сенсорике и моторике, в сфере внимания, памяти, речи и мышления.

### 

### *Дети с аутизмом в раннем возрасте.* Уже на первом году жизни психическое развитие ребенка качественно отличается от нормального. Особенно очевидны нарушения в области эмоционального развития, общения ребенка с окружающими, в речевом развитии.

Показатели нормального развития в младенческом возрасте в коммуникативной, речевой и эмоциональной сферах выглядят следующим образом:

* в 4–6 недель ребенок фиксирует взгляд на лице взрослого и сосредоточивается на звуках его голоса, затем появляется социальная улыбка, обращенная ко взрослому;
* к 3 месяцам складывается комплекс оживления, состоящий из четырех компонентов (сосредоточения, улыбки, вокализации, движения);
* к 6 месяцам ребенок уже способен инициативно вступать в доречевое общение (вокализацию) со взрослым в режиме диалога;
* с 4–5 месяцев ребенок способен различать своих и чужих, близких и посторонних по внешнему виду;
* с 7 месяцев ребенок способен различать взрослых по действиям, которые для них характерны, и предвосхищать свое поведение с разными взрослыми, то есть появляется избирательность в общении;
* с 6 месяцев после появления хватания ребенок стремится к общению со взрослым, опосредованному предметами; ребенок начинает следить за действиями взрослого и к 9 месяцам способен обучаться через подражание различным предметным и игровым действиям;
* с 7 месяцев ребенок реагирует на отдельные слова взрослых; к 11–12 месяцам ребенок способен выполнять по просьбе взрослых простые задания; к 10–11 месяцам ребенок по-разному реагирует на похвалу и порицание.

Дети с аутизмом на первом году жизни демонстрируют *высокую сензитивность* к обычным сенсорным стимулам, что выражается в легкости возникновения дискомфорта в ответ на звуки обычной громкости, на свет, на прикосновение к коже ребенка, даже самое легкое. Дети не любят находиться на руках у матери, с трудом переносят ситуации переодевания. С другой стороны, дети проявляют явную захваченность, «зачарованность» отдельными внешними стимулами или стимулами определенной модальности. Так, ребенок стремится слышать звуки, едва научившись брать игрушку в руки, он стремится издать звуки с ее помощью, он безошибочно находит среди множества игрушек те, которые могут звучать. Ребенок также может производить однообразные движения головой, туловищем, кистями рук, чтобы многократно воспроизвести испытываемые им вестибулярные и кожно-кинестетические ощущения. Некоторые дети длительное время рассматривают яркое, сложно организованное пятно, рисунок на ковре, на обоях.

Уже на первом году жизни у ребенка обнаруживаются *трудности взаимодействия с другими людьми,* прежде всего, с близкими взрослыми. Ребенок оказывается недостаточно приспособленным к рукам матери, он не занимает комфортного положения на руках, у него не возникают специфические позы готовности при взятии на руки, ощущается определенное сопротивление, напряжение тела, ребенок стремится избежать тактильного контакта. У детей не появляется комплекс оживления в составе четырех его компонентов: зрительного и слухового сосредоточения, улыбки, обращенной ко взрослому, вокализации и движений по направлению ко взрослому. Улыбка ребенка скорее обращена к самому себе, выражает его внутреннее состояние. Взгляд, если он и направлен в сторону взрослого, производит впечатление взгляда «сквозь» человека. У ребенка отсутствует интерес к другому человеку, он не стремится наблюдать за взрослым, за его действиями, у него нет желания рассматривать лицо взрослого. Ребенок не принимает обращенных к нему воздействий, можно сказать, активно их отвергает, при попытке насильственного установления контакта ребенок сопротивляется, плачет, кричит, вырывается. У него практически отсутствуют инициативные обращения ко взрослому, направленные на построение ситуации общения. Нарушается формирование привязанности по отношению к близким: у детей либо отсутствует дифференцированное отношение к своим и чужим, либо формируется отношение симбиоза с матерью, когда ребенок не может находиться без матери практически ни минуты.

Хватание у детей появляется в нормативные сроки, ребенок вовремя овладевает манипулятивными действиями сначала одной, а затем двумя руками, обучается простым и соотносящим действиям, он может захватывать очень мелкие предметы, рассматривать их. Дети, однако, стремятся действовать с предметами самостоятельно, не принимают или даже отвергают обучающую помощь взрослых, отказываются выполнять действия вместе с ними. То есть спонтанное поведение ребенка и поведение его в создаваемых ситуациях взаимодействия существенно различаются. Это свидетельствует о серьезных *трудностях произвольной организации ребенка,* имеющего нарушения аффективного развития.

Хорошо заметны *нарушения в речевом развитии* у детей, причем как в развитии понимания речи, так и активной речи. Так, у ребенка отмечается либо слабость реакции, либо ее полное отсутствие в ответ на обращенную к нему речь взрослого: ребенок не фиксирует взгляда на говорящем, не отзывается на обращение, поэтому возникает подозрение в глухоте ребенка. Реакция на слово, то есть узнавание людей по именам, а предметов по названиям, отсутствует на протяжении всего первого года жизни. В течение первого года жизни дети остаются на стадии гуления, фаза лепета у них в большинстве случаев отсутствует или выражена очень слабо, а в отдельных случаях ребенок сразу переходит от гуления к произнесению отдельных слов. Голосовые реакции являются значительно менее интенсивными и менее продолжительными, чем в норме. Однако интереснее всего то, что эти вокализации не обращены к другому человеку, ребенок не ведет «диалога» со взрослыми, а скорее «разговаривает» сам с собой.

Таким образом, становится очевидным, что нарушения в развитии детей с аутизмом наблюдаются уже на первом году жизни. Почему же эти нарушения часто не замечаются родителями и специалистами? Объяснить это можно тем, что указанные нарушения не рассматриваются как нарушения, так как оценка развития ребенка производится, прежде всего, по показателям двигательного развития. Для диагностики симптомов аутизма в первые три года жизни может использоваться методика С. Гилберта [15].

*Вероятно, аутизм налицо, когда имеются 15 из следующих 22 симптомов.*

|  |
| --- |
| 1.Не играет так, как другие дети. \* |
| 2. Кажется, что он изолирован в своем окружении. \* |
| 3. Возникает (возникало) подозрение в глухоте. \* |
| 4. Перевозбуждается, если его пощекотать. |
| 5.Затруднения при подражании движениям. |
| 6. Пустой взгляд. \* |
| 7. Не стремится привлечь внимание взрослого к своей деятельности. \* |
| 8. Играет только с твердыми предметами. \* |
| 9. Занимает себя только когда остается один. \* |
| 10.Не смеется, когда этого ожидают. |
| 11. Запаздывание в речевом развитии. |
| 12. Не показывает на предметы. |
| 13. Взгляд кажется особенным. \* |
| 14. Запоздалое развитие. |
| 15. Не понимает, что другие говорят ему. |
| 16. Есть проблемы в установлении зрительного контакта. \* |
| 17. Интересуется только определенными частями предметов. |
| 18. Не может сообщать о своих желаниях. |
| 19. Ему все равно, есть рядом люди или нет. \* |
| 20. Что-то не так уже на первом году жизни. |
| 21. Чрезвычайно заинтересован движущимися предметами. |
| 22. Не слушает, когда ему говорят. |

\* Ключевые признаки

***Психическое развитие детей с аутизмом.*** Симптомы аутизма более всего выражены у детей в период от трех до пяти лет, когда своеобразное поведение у детей, нарушения речевого развития становятся особенно очевидными. Активность ребенка еще с раннего детства носит особый характер, она описывается как необычная, странная. Ее особенность состоит в аутистической направленности поведения ребенка. Ребенок направляет свое внимание не на имеющие общепризнанное значение свойства предметов и явлений окружающего мира, а на те из них, которые значимы и привлекательны только для него, которые не вызывают гиперестезии. Поэтому ребенок не овладевает типичными для обычных детей видами деятельности, так как овладение ими требует ориентации на взрослого и на структуру деятельности, на способы ее выполнения, которые передает ребенку взрослый. Ребенок с аутизмом даже к 5 годам может не владеть навыками самообслуживания, так как это действия с предметами в соответствии с исторически закрепленными способами их употребления. Вместо этого у детей увеличивается количество стереотипных движений и действий, неспецифических манипуляций с предметами, которые выполняют функцию аутостимуляции. К ним относятся взмахи руками, застывание в определенных позах, бег по кругу или от стены к стене по определенному маршруту, кружение, раскачивание, карабканье по мебели, перепрыгивание со стула на стул; ребенок может долго крутить и трясти веревочку, стучать палкой, рвать бумагу и др. Ребенок с аутизмом неловок при совершении целесообразных движений как всем телом, так и руками, у него плохо развита координация движений, он не усваивает последовательность движений во времени.

Аналогично можно охарактеризовать овладение ребенком другими видами деятельности. Ребенок может «открыть» функцию карандаша или ручки, а затем изображать отдельные графические элементы в соответствии со своими собственными представлениями, случайными достижениями, с большим трудом обучаясь у взрослого графическим навыкам и пользуясь стереотипными графическими шаблонами. Как показано в исследовании А.С. Спиваковской [17], игровая деятельность ребенка с аутизмом далека от реальных жизненных ситуаций. Игра носит в основном манипулятивный характер, причем дети используют нетипичные для игры предметы, такие как палочки, веревочки, детали мозаики, тряпочки. В игре дети ориентируются на перцептивно более яркие, а не на функциональные свойства предметов. Иногда в игре детей наблюдается наличие сюжета, однако он носит аутистический, вычурный характер, по содержанию далекий от реальности, ребенок оказывается захваченным фантастическим сюжетом. Например, играя в собачку, он требует, чтобы его называли собачкой, кормили, как собачку, он ложится спать на полу. В игре также легко формируются и закрепляются стереотипии. Так, ребенок годами может играть в одну и ту же игру, не изменяя ее хода, он отказывается в игре пользоваться другими предметами, кроме тех, которые он уже использовал. Как правило, ребенок отказывается принимать социализированную игру, предпочитая ее спонтанной игре, в которой реализуется аутистическая направленность всей его деятельности.

Развитие психических функций аутичного ребенка можно охарактеризовать как искаженное. Восприятие, мышление, речь и другие функции не просто отстают в развитии, они становятся нарушенными в связи с аутистической направленностью всей познавательной деятельности. Так, в развитии восприятия отмечаются нарушения ориентировки в пространстве, искажение целостного восприятия отдельных предметов и картины мира в целом. Ребенок выделяет в первую очередь аффективно яркие свойства предметов и явлений окружающего мира, а не объективно значимые их свойства. Он может проявить ранний интерес к цвету, к пространственным формам, что отражается в увлечении выкладыванием орнаментов. Первыми словами ребенка в этом случае являются названия сложных оттенков цветов и форм, например, «бледно-золотистый» или «параллелограмм». Ребенок в два года старается во всех предметах найти форму шара или куба, очертания определенной буквы или цифры, подобрать предметы строго по размеру к выбранному. Дети целенаправленно ищут одни и те же зрительные или слуховые объекты, так как восприятие этих объектов становится для них самоценным (в норме ребенок использует образы восприятия для произведения действий с предметами, для организации двигательных актов). Так, дети подолгу смотрят на небо, на цветы, на лампу, на огонь, слушают звуки колокольчика, погремушки. Особенно чувствительны дети с аутизмом к музыке, часто они обнаруживают даже страстное увлечение музыкой. Ребенок довольно рано может научиться пользоваться проигрывателем, магнитофоном, безошибочно выбирая нужную ему пластинку или кассету. Особое значение для детей с аутизмом имеет тактильное восприятие. У них более длительное время, чем в норме, сохраняется ощупывание и облизывание предметов как способы их познания, то есть более ранние формы перцепции сохраняют у детей с аутизмом ведущее значение.

Интеллектуальное развитие детей с аутизмом также имеет свою специфику по типу искажения: недоразвитие одних сторон интеллекта сочетается с ускоренным развитием других его сторон. Многие дети с аутизмом могут внешне напоминать детей с интеллектуальной недостаточностью, так как они не способны выполнить элементарных заданий, не могут ответить на простейшие вопросы. Однако в спонтанных ситуациях дети обнаруживают сообразительность, необычайную смышленость. Так, ребенок знает, какую кнопку лифта нужно нажать, как включить свет в сложном устройстве торшера, когда выключить воду в ванной и т.д. Эти факты указывают на то, что и развитие интеллекта происходит у детей с аутизмом в большей степени спонтанно, нежели при целенаправленном обучении. В развитии мышления детей с аутизмом отмечаются значительные трудности произвольного обучения мыслительным операциям, суждениям и умозаключениям, способам решения возникающих жизненных задач. Очевиден также контраст между явным недоразвитием праксиса, практического и наглядного мышления и ранним развитием абстрактно-логических, символических видов мышления детей с аутизмом. Например, ребенок 6,5 лет свободно производит арифметические действия в пределах тысячи, вычисляет квадратные корни и возводит числа в степени, но не может сложить картинку из 3–4 частей, не умеет самостоятельно надевать рубашку, свитер, не умеет зашнуровывать ботинки. Дети с аутизмом уже в раннем возрасте накапливают большой объем знаний в самых неожиданных областях (названия цветов, насекомых, разных стран, сведений из технической области, из географии). При отсутствии стремления к познанию функционального значения предмета у детей наблюдается стремление к познанию абстрактного знака, символа, формы. Так, девочка 2 лет, не играющая с игрушками, сама научилась классифицировать формочки для печенья на звездочки, треугольники, квадраты, мальчик этого же возраста различал пирамиду и конус, девочка полутора лет сложила из двух соломинок ножницы. У детей длительное время доминируют перцептивные обобщения, то есть обобщения по наиболее ярким, аффективно насыщенным признакам. Дети рано начинают интересоваться различными видами знаков: буквами, цифрами, дорожными знаками. Знак для ребенка с аутизмом имеет б*о*льшее значение, чем образ предмета. Например, мальчик 4 лет называл изображение ведра «трапеция с полукругом», мяча – «круглая бумага», домика – «прямоугольник с треугольником». Дети с аутизмом с раннего возраста любят слушать чтение, могут улавливать сложные связи между событиями, описанными в тексте, обнаруживают интерес к хорошей поэзии и литературе.

Таким образом, искажения развития мышления у детей с аутизмом связаны с недоразвитием предметной деятельности, предметности восприятия, слабой координацией между речью и действием.

Западные психологи и психиатры причины и характер нарушений развития при детском аутизме понимают несколько по-другому по сравнению с отечественной психологией, как это было описано выше. Если в отечественной психологии сложилась традиция понимания развития ребенка с аутизмом, в первую очередь, через призму нарушений его эмоциональной сферы, то в зарубежной психологии основной акцент делается на нарушении когнитивных функций, которое приводит и к нарушениям социального взаимодействия. Например, английский психиатр Лора Винг выделяет *триаду* нарушений при аутизме, которая в литературе так и называется «триада Винг» [21]:

1. *Качественное нарушение социального взаимодействия:* отчужденность, пассивность, странная активность. Дети не могут уже в младенчестве отслеживать направление внимания взрослого человека, что не дает возможности им осуществлять совместные действия, у них также не появляется указательный жест, регулирующий взаимодействие с другим человеком. У младенцев и у более старших детей возникают трудности с подражанием другому человеку, а также трудности эмоционального заражения, что обусловливает проблемы развития эмоциональной сферы у детей. У детей с аутизмом затруднено также опознание эмоционального состояния другого человека.
2. *Качественное нарушение в сфере вербальной и невербальной коммуникации:* отсутствие желания общаться с другими, эхолалия, общение только в случае возникновения потребностей, их высказывания не соответствуют ситуации, у них отмечается постоянное говорение, игнорирование ответов других, нарушение речевого развития. Нарушение речевого развития проявляется в остановке или задержке речевого развития без компенсации жестами, отсутствие реакции на речь других людей, замена местоимений, использование обычных слов в необычном значении, неспособность начать и поддерживать диалог, нарушения просодики (тон, ударение, интонация), нарушение невербальной коммуникации (использование жестов и мимики).
3. *Нарушение воображения и социальной практики:* трудности в понимании того, что люди имеют разные мнения, трудности в представлении будущего, трудности в планировании, негибкость в применении законов и традиций, неосознанное подражание поведению людей, трудность в обобщении понятий, негибкость мышления.

У детей с аутизмом можно заметить полное отсутствие «символической» игры, которая заменяется стереотипными навязчивыми действиями. Нормально развивающиеся дети дошкольного возраста берут на себя и выполняют игровые роли, используют в игре предметы-заместители, однако этого не наблюдается в игре детей с аутизмом. У взрослых людей с аутизмом отсутствие воображения проявляется по-другому: они проявляют мало интереса к вымышленным сюжетам, в частности, к фильмам, романам, телесериалам.

В последние десятилетия в западной психологии большую популярность среди исследователей получила психологическая теория, названная *«теорией ума» (theory of mind,* S. Baron-Cohen [21]). Исследователи доказывают наличие у нормально развивающихся детей рано формирующейся способности понимать внутренние состояния другого человека, его мысли и чувства, отличать их от своих собственных и строить свое поведение с учетом этих знаний. Применительно к аутизму авторы данной теории утверждают, что триада поведенческих нарушений при аутизме обусловлена нарушением базовой способности человека к «считыванию внутренних представлений», или другими словами, у них нарушена «модель психического», или «теория ума».

Для проверки данного предположения S. Baron-Cohen была разработана тестовая методика «Салли и Энн». Ребенку показывают двух кукол – Салли и Энн. У Салли есть корзинка, а у Энн – коробка. Ребенок видит, что Салли кладет свой шарик в корзинку и уходит. Пока Салли нет, озорница Энн перекладывает шарик из корзинки в коробку и тоже уходит. Салли возвращается, она хочет поиграть со своим шариком. У ребенка спрашивают: «Где Салли будет искать свой шарик?»

Нормально развивающиеся дети, по крайней мере, с 4-х лет, справляются с этим заданием: они утверждают, что Салли будет искать шарик в корзинке, то есть там, куда она его положила. Дети с аутизмом (16 из 20 человек) не смогли понять ошибочность ожиданий Салли и были уверены, что она будет искать свой шарик в корзинке, то есть там, где шарик был на самом деле, и об этом было известно им самим. Даже дети с синдромом Дауна (12 из 14 детей), чьи интеллектуальные возможности были хуже, справлялись с этим заданием. На основании этого эксперимента был сделан вывод о том, что, по-видимому, у детей с аутизмом имеются специфические и характерные именно для них трудности понимания того, что у людей существуют представления, которые могут расходиться как с реальным положением дел, так и с собственными представлениями субъекта.

Неспособность отражать в сознании свои собственные представления и представления других людей имеет далеко идущие последствия для поведения ребенка. Так, нарушение социального взаимодействия должно вытекать из отсутствия способности к восприятию других людей как активных субъектов со своими собственными представлениями. Характер коммуникативных нарушений обусловливает невозможность представить себе намерения говорящего. Если у детей с аутизмом отсутствует способность думать о том, что думают другие люди, то они напоминают нам иностранца в чужой стране. Без понимания того, что думают другие люди, мир социальных отношений становится для них пугающим и непредсказуемым. Вот как об этом говорит один из людей с аутизмом: «Представь, что ты один в чужой стране. Как только ты выходишь из автобуса, тебя обступают иностранцы, жестикулируя и крича. Их слова звучат, как крики зверей. Их жесты ничего для тебя не значат. Твой первый порыв – защищаться, оттолкнуть от себя этих навязчивых людей: лететь, бежать прочь от их непонятных предложений; или оцепенеть, попытаться не замечать хаос вокруг тебя».

۞***Иллюстрации***

Многие особенности (так называемые странности) поведения детей с аутизмом становятся понятными, если помнить о том, что эти дети не могут считывать внутренние представления других людей.

*Пример 1.* Девочке с аутизмом говорят: «Мы идем купаться», и она каждый раз начинает злиться и кричать. Она перестает это делать, когда кто-то сообразит, что ей надо сказать: «Мы идем купаться – и мы вернемся!» В этом случае не были проговорены намерения, а способности предвидеть их у ребенка не было.

*Пример 2.* При отсутствии у ребенка понимания намерений возникают сложности взаимопонимания, например, ребенок с аутизмом в ответ на просьбу: «Не можешь ли ты передать соль?» с самым серьезным видом отвечает: «Могу», но соль не передает. Как видим, за этим стоит буквальное понимание сказанного, непонимание условности и скрытого смысла высказываний.

*Пример 3*. Ребенок с аутизмом получает удовольствие, если ему удается довести кого-то до слез, ребенок радуется, хохочет. Родители неприятно поражены этим фактом. Но если вспомнить, что ребенок не способен воспринимать переживания других людей, в том числе неприятные переживания, то становится понятным, что ребенку просто интересно заниматься доведением до слез другого человека.

Ребенок с аутизмом развивается весьма своеобразно. Все психические процессы развиваются с искажениями, снижены возможности социального взаимодействия, связанные с аффективным и когнитивным дефицитом.

### 11.4 Дифференциальная диагностика

Детский аутизм является настолько своеобразным нарушением развития, что специалисты могут принять его за другие виды нарушений развития, потому что по отдельным признакам аутизм напоминает нарушения слуха, нарушения зрения, двигательные нарушения, интеллектуальную недостаточность, системные речевые расстройства и др. Поэтому зачастую требуется дифференциальная диагностика аутизма с другими видами нарушений развития.

***Нарушения зрения у детей*** – при аутизме у детей отсутствует или слабо выражен визуальный контакт: дети либо избегают контакта глазами с другим человеком, либо смотрят как бы «сквозь» человека, у детей боковое зрение преобладает над прямым, они смотрят на предмет и фиксируют его взглядом, если захотят это сделать, в остальных случаях они как бы не видят предмет, поэтому возникает впечатление, что у них отсутствует зрение. В то же время при нарушениях зрения у детей наблюдаются стереотипии как симптомы аутизма. Однако при истинных нарушениях зрения у детей сохраняется потребность в общении с другим человеком, они способны воспринимать и усваивать обучающие воздействия взрослых, если они представлены в доступной для незрячего ребенка форме.

***Нарушение слуха у детей*** – при аутизме дети ведут себя так, что возникает впечатление отсутствия у них слуха, например, они не всегда реагируют на звуки, не откликаются на свое имя, не отвечают на обращенные к ним высказывания. В то же время при нарушении слуха у детей наблюдаются отдельные симптомы аутизма, такие как стереотипии, сниженная способность к обучению в тех ситуациях, когда взрослый обращается к ребенку в словесной форме. Однако при истинном нарушении слуха у ребенка сохраняется потребность в общении, он способен воспринимать обучающие воздействия взрослых в невербальной форме.

***Двигательные нарушения у детей*** – при аутизме у детей наблюдается сниженный мышечный тонус, моторная неловкость, они с трудом обучаются произвольным движениям, у них нарушена координация движений. В то же время у детей с церебральным параличом в качестве вторичных и третичных нарушений выступают симптомы аутизма, погруженности в свой мир, ухода от контактов с окружающими как компенсация чувства неполноценности, возникающего в связи с осознанием своей двигательной недостаточности. Однако у детей с двигательной недостаточностью, в том числе при церебральном параличе, сохраняется потребность в общении, они способны воспринимать обращенные к ним воздействия, если они адекватны уровню умственного развития детей.

***Интеллектуальная недостаточность и задержка психического развития***– при аутизме наблюдается отставание в умственном развитии, которое имеет характер вторичного нарушения, так называемый «олигофренический плюс». При олигофрении часто отмечаются двигательные стереотипии, при задержке психического развития – симптомы ухода в себя на фоне истощения нервной системы. Однако при олигофрении и ЗПР принципиально сохраняется потребность в общении, способность к обучению, к подражанию, хотя зачастую это осуществляется путем механического повторения и заучивания.

***Речевая патология у детей (сенсорная и моторная алалии)*** – при аутизме у детей обязательными являются речевые расстройства; развитие речи варьирует от полного отсутствия собственной речи до почти полной ее сохранности, однако уменьшается или полностью отсутствует коммуникативная направленность речевого высказывания. В речи детей с аутизмом наблюдается странная интонация, речевые штампы, эхолалии, перестановка местоимений. Глубоко аутичный ребенок не сосредоточивается на обращенной к нему речи, игнорирует речевые воздействия взрослых, речь которых не организует поведение ребенка, не управляет им. Зачастую трудно сказать, понимает ли ребенок речь взрослых. При речевой патологии у детей основным расстройством является нарушение речи. При *сенсорной алалии* у ребенка снижены возможности понимания речи, в наиболее тяжелых случаях ребенок вообще не понимает обращенной речи. При *моторной алалии* ребенок полностью понимает обращенную речь, у него происходит накопление пассивного словарного запаса, однако значительно снижены возможности собственного активного высказывания за счет нарушения моторного компонента речи. Таким образом, очевидно сходство в речевом развитии детей с аутизмом и детей с алалией. Однако ребенок с аутизмом иногда, в случае, если он этого хочет, может демонстрировать понимание обращенной речи, адекватно воспринимать и учитывать в поведении сложную информацию, полученную из речевого сообщения. Ребенок с сенсорной алалией не может в принципе понять обращенную речь, и это не зависит от ситуации общения. У ребенка с аутизмом наблюдаются глобальные нарушения комммуникации, он не пытается выразить свои желания, свои мысли взглядом, мимикой, жестами, то есть не пытается донести информацию до другого человека. Отмечается также диссоциация уровня понимания и использования речи в ситуации спонтанного речевого высказывания ребенка и в ситуации, когда от ребенка требуется произвольно организованное речевое высказывание. В последнем случае речь ребенка будет значительно хуже по всем показателям.

***Нарушения общения как результат депривации (госпитализм)***– при госпитализме у детей наблюдаются стереотипные движения и действия, призванные восполнить недостаток сенсорной стимуляции. Нарушения общения носят психогенный характер, они обусловлены хронической психологической травмой, неудачным опытом общения ребенка с окружающими, однако, если дети попадают в нормальные условия общения с другими людьми, ситуация депривации устраняется, они достаточно быстро (по сравнению с детьми с аутизмом) восполняют недостаточность общения, у них исчезают стереотипные формы поведения, они начинают усваивать знания, умения и навыки, задержка психического развития постепенно устраняется.

Таким образом, при аутизме основным качеством нарушения в развитии является нарушение общения ребенка с окружающими, и это основной диагностический признак, по которому можно отличить аутизм от других нарушений развития и поведения у детей.

### 11.5 Психологические основы помощи детям с аутистическими нарушениями

В мировой практике помощи детям с аутизмом и аутистическими расстройствами разработано множество технологий и методов, хотя некоторые из них используются также и для оказания помощи детям с другими видами нарушений развития. Ниже перечисляются наиболее известные и эффективные технологии и методы.

*1. Система коррекции детского аутизма на основе уровневого подхода к базальной системе эмоциональной регуляции* (В.В. Лебединский, О.С. Никольская[13; 19])*.* Авторами создана классификация детского аутизма на основе типичных форм проявления аутизма, которые отражают разные уровни эмоциональной регуляции. Четыре группы детей с аутизмом одновременно отражают и разные ступени в развитии взаимодействия ребенка с окружающей предметной средой и с людьми: 1-я группа характеризуется полной отрешенностью от происходящего; 2-я группа – активным отвержением; 3-я группа – захваченностью аутистическими интересами; 4-я группа – чрезвычайной трудностью организации общения и взаимодействия. В коррекционной работе с детьми с аутизмом из разных групп используются свои методы и приемы, при этом решаются следующие специфические задачи, определяемые структурой нарушения при аутизме:

- установление эмоционального контакта с ребенком;

- развитие у детей активного и осмысленного отношения к миру;

- развитие форм взаимодействия с ребенком;

- реализация лечебного режима жизни ребенка.

2. *Прикладной анализ и терапия поведения (АВА-терапия, англ. Applied Behaviour Analysis).* Система работы с детьми с аутизмом разработана на основе бихевиористского подхода к анализу поведения человека И. Ловаасом. АВА использует известные факты о поведении человека для того, чтобы вызвать у ребенка положительные перемены. У детей с аутизмом нарушена способность к самостоятельному обучению в повседневных бытовых и учебных ситуациях, что доступно обычным детям. Поэтому цель обучения по системе АВА – восполнить этот недостаток у детей, используя упрощенные, разбитые на маленькие шаги инструкции и постоянное поощрение нужного поведения. Целостное поведение ребенка разбивается на множество мелких поведенческих актов, которые выстроены в систему как по сферам развития ребенка, так и в определенной последовательности их развития у детей. К числу сфер развития отнесены, например, грубая моторика, тонкая моторика, уход за телом, одевание/раздевание, совместная работа с другими, имитация, вербальная имитация, спонтанная вокализация, понимание речи, игра и свободное время, социальная интеракция, поведение в классе, чтение, письмо, математика и другие. Ребенка побуждают к проявлению того или иного поведения, подкрепляя его каким-либо стимулом. Если же нужное поведение проявилось у ребенка само по себе, его также подкрепляют. В результате у ребенка закрепляются нужные поведенческие акты, модели поведения, и он становится способным к установлению контактов с другими людьми, к овладению бытовыми и учебными навыками.

3. *Стуктурированное обучение, или ТЕАССН-терапия (сокращение от американского названия «Лечение и обучение детей с аутизмом и сходными коммуникативными нарушениями»).* Разработана Э. Шоплером [12; 18]), который в основу методики оказания положил результаты исследований восприятия детей с аутизмом. ТЕАССН не стремится к излечению аутистических нарушений, ее главная цель – достижение максимально возможной самостоятельности, качества жизни и интеграции детей в общество. Основные принципы программы ТЕАССН:

- учет современных результатов исследований;

- сотрудничество с родителями;

- интеграция и адаптация;

- диагностика с целью применения индивидуальной помощи;

- использование существующих интересов и сильных сторон ребенка;

- принцип структурирования (структурирование пространства, времени, материалов, заданий, этапов деятельности с целью использования визуальных способностей детей и уменьшения дефицитарности слуховой обработки информации;

- учет когнитивных подходов и теорий поведения;

- применение нескольких возможных видов помощи;

- восприятие клиента в целом, учитывая все стороны личности и в контексте его семьи;

- поддержка на протяжении всей жизни.

4. *Метод социальных историй.* Ребенок с аутизмом отличается своеобразной «социальной слепотой», так как он затрудняется в понимании эмоций других людей, их состояний, намерений, ему трудно понять, о чем думает другой человек. Поэтому дети отличаются трудностями адаптации к окружающему миру, они часто демонстрируют поведение, которое кажется странным и нелепым, хотя причиной такого поведения являются социальные трудности. Метод социальных историй разработан Кэрол Грэй с целью преодоления указанных трудностей, то есть с целью развития у детей навыков социальной компетентности [12])*.*

Социальная история составляется отдельно для каждого ребенка, так как в ней отражаются типичные для этого ребенка трудности поведения в определенной ситуации. В социальной истории в деталях раскрывается сама социальная ситуация, мотивы поведения других людей, их чувства, последовательность действий ребенка в этой ситуации, адекватные способы его поведения. Социальная истории – это короткий рассказ о том, как и почему должен вести себя ребенок в определенной ситуации. Социальная историия может сопровождаться рисунками или фотографиями, которые позволяют ребенку наглядно воспринимать социальную ситуацию.

*Психологическое сопровождение* ребенка с детским аутизмом требует всестороннего его изучения в разных условиях: дома, в медицинском учреждении, в детском саду, в среде незнакомых ему людей, в среде сверстников и т.п. Специфика поведения ребенка с аутизмом такова, что оно может существенно изменяться при изменении условий его окружения. Поэтому психолог должен наблюдать ребенка в разных условиях, чтобы выделить его существенные особенности, которые представляют своего рода «ядерные признаки» детского аутизма. Психологическое сопровождение ребенка с детским аутизмом должно быть основано на психологическом фундаменте – это знание и понимание закономерностей развития ребенка, учет и использование законов его развития, понимание на рациональном, эмоциональном и чувственном уровнях того, как он воспринимает окружающий мир, какова собственная картина мира ребенка. Это положение справедливо для любого вида нарушений развития, однако в случае с детским аутизмом оно является своего рода аксиомой, не требующей обсуждений. Если не ориентироваться на законы развития ребенка с аутизмом при организации работы с ним, то в лучшем случае специалист не добьется положительного результата, а в худшем случае в состоянии ребенка будет наблюдаться негативная динамика.

Собственно коррекционная работа психолога с ребенком с аутизмом, на наш взгляд, имеет смысл в том случае, если психолог, организуя взаимодействие с ребенком, пытается найти каналы доступа к нему, выявить его возможности, степень его обучаемости, найти и апробировать приемы эффективной работы с ним, определить меру помощи ребенку в заданиях разного содержания, чтобы обучить родителей и других специалистов работе с ребенком. Основная задача психолога – изучать ребенка и выявлять его возможности. Для ребенка с аутизмом важны не столько организованные, ограниченные во времени «занятия», сколько повседневная правильная организация жизнедеятельности с учетом его психологических особенностей, организация развивающей предметно-игровой среды и взаимодействия, создание дидактических развивающих ситуаций.

Особенности развития и поведения детей с аутизмом необходимо учитывать при организации взаимодействия с ними, поэтому специалист должен выработать особую позицию в отношениях с ребенком. Для этого необходима рефлексия имеющейся собственной позиции и ее корректировка в сторону усвоения и принятия позиции взаимодействия с аутичным ребенком. В коррекционной работе с детьми с аутизмом психолог может ставить следующие наиболее общие задачи:

**-** развитие у детей социальной и коммуникативной компетентности,;

- гармонизация и коррекция эмоционально-волевой сферы;

- развитие самосознания у детей;

- развитие действий с предметами и навыков самообслуживания;

- развитие познавательных процессов и речи.

Выбор методов коррекционной работы с детьми с аутизмом должен основываться на знаниях особенностей поведения и восприятия ребенком окружающего мира. Эти дети отличаются глубокой спецификой поведения и развития, поэтому методы, используемые в работе с ними, также имеют свою специфику, отличаясь от традиционных методов воспитания и обучения, которые применяются в работе с нормально развивающимися детьми и даже с детьми с умственной отсталостью и задержкой психического развития.

Традиционные методы работы реализуются следующим образом. Взрослый предлагает ребенку задание, добивается его понимания, ребенок при этом готов слушать и слышать взрослого, подчиняться его указаниям. Если последнее для ребенка затруднительно, то взрослый может предпринять дополнительные усилия, чтобы помочь ребенку сосредоточиться и выполнять предлагаемое задание. Выполняя задание, ребенок добивается каких-то результатов, которые могут быть оценены взрослым.

Ребенок с детским аутизмом не способен (по крайней мере без специального обучения) на такую организацию взаимодействия со взрослым. В работе с ним необходимо использовать другие специфические методы, которые ориентированы на то, что ребенок не может целенаправленно сосредоточивать внимание, выполнять предложенные задания, его невозможно привлечь к работе способами, которые уже себя зарекомендовали в работе с обычными детьми. Эффективные методики, или методические подходы, в работе с детьми с аутизмом мы предлагаем систематизировать следующим образом:

1. Методика выполнения деятельности взрослым.
2. Методика имитации.
3. Методика подстройки.
4. Методика эмоционально-смыслового комментирования.
5. Методика вербализации чувств ребенка.
6. ***Методика выполнения деятельности взрослым***основана на наблюдениях за детьми с аутизмом, которые не повторяют вслед за взрослым то, что он делает, но могут в точности повторить все то, что делал взрослый через какое-то время. Это происходит без специальной просьбы взрослого, в ситуациях, когда ребенок предоставлен сам себе. Когда взрослый что-то делает, дети могут казаться безучастными, может даже сложиться впечатление, что они ничего не видят и ничего не могут зафиксировать. Однако следует помнить о том, что у детей с аутизмом хорошо развито боковое зрение. Иногда даже лучше, чем центральное, поэтому они могут видеть и запоминать то, на что, как казалось, они и не смотрят. Поэтому взрослый может действовать следующим образом: он располагается в помещении так, чтобы ребенок мог хорошо видеть его, берет какой-либо материал и начинает с ним что-либо делать, комментируя свои действия словами. Это может быть конструирование из кубиков или других деталей, сюжетная игра, рисование и многое другое. Действия должны быть несложными, доступными для усвоения и воспроизведения ребенком. Взрослый не старается привлечь ребенка к своим занятиям, он подчеркнуто самостоятельно занимается своим делом. На первых этапах работы ребенок может даже уйти в другое помещение, если его целенаправленно привлекать к своим занятиям. Частое и систематическое использование данного приема приведет к тому, что ребенок сможет самостоятельно повторять то, что он видел у взрослого, делать то, что он наблюдал и даже использовать те слова, которые использовал взрослый. Данная методика основана также на положении о том, что непроизвольные формы активности у ребенка с аутизмом развиты лучше, чем произвольные формы. То есть ребенок не сможет что-то сделать по просьбе, но сможет сделать это же сам, если где-то случайно наблюдал.
7. ***Методика имитации******–***основана на принципе «отзеркаливания»: если один человек в точности повторяет (имитирует) все действия, высказывания, позу другого человека, то между ними возникает симпатия, чувство привязанности, и воздействие одного человека на другого осуществляется легко и результативно. Методика имитации особенно эффективна на начальных этапах работы с ребенком с аутизмом, когда контакт с ним удается установить с трудом или вообще не удается. Методика имитации реализуется следующим образом: взрослый, наблюдая за ребенком, повторяет как можно точнее все, что делает и говорит ребенок, принимает ту же позу, которую принял ребенок; при изменении положения ребенка в пространстве взрослый аналогично изменяет и свое положение. Любые вокализации, речевые высказывания взрослый повторяет дословно, стараясь воспроизвести и интонацию. Если ребенок постепенно начинает обращать внимание на взрослого, который повторяет все за ребенком, можно добавить свое действие, свои слова, так как есть вероятность, что ребенок начнет их повторять. Если ребенок не обращает внимания на взрослого или отрицательно реагирует на его поведение, нужно ослабить активность, но имитацию постепенно продолжать. Результативность данной методики состоит в том, что ребенок начитает обращать внимание на взрослого, а затем и повторять то, что делает взрослый.
8. ***Методика подстройки*** – методика установления контакта с ребенком с аутизмом, когда взрослый подключается к деятельности ребенка и постепенно начинает вносить в нее свое содержание. Методика подстройки основана на учете специфических интересов ребенка и использовании стереотипных форм его поведения.

Это методика постепенного и осторожного, непрямого установления контакта с ребенком с аутизмом. Ребенок может отказаться от прямых предложений взрослого, может не принять некоторые предложения взрослого, особенно если они не соответствуют интересам ребенка. В этих случаях взрослый подключается к деятельности ребенка, начинает заниматься тем, чем занимается ребенок, но постепенно начинает вносить в нее свое содержание. Эта методика основана на учете специфических интересов ребенка и использовании его стереотипных форм поведения. Ребенок постепенно начинает обращать внимание на те предложения, которые вносит взрослый, принимает их, и постепенно они включаются в репертуар самостоятельного поведения ребенка. Например, если ребенок стереотипно закрывает и открывает ящик стола, то взрослый может в момент открывания ящика положить туда какую-либо игрушку, инициируя игру в прятки: мишка спрятался, мишка нашелся. Взрослый может подключаться к любому занятию ребенка. Только делать это надо осторожно и постепенно, наблюдая за реакцией ребенка. Если ребенок сразу все отвергает, можно на время прекратить вмешательство, а затем подключаться снова. Эта методика помогает создать зону ближайшего развития для ребенка с аутизмом, добавляя новое в его поведенческий репертуар.

1. ***Методика эмоционально-смыслового комментирования*** учитывает отрешенность ребенка, отсутствие у него или слабую реакцию на окружающее, невключенность во взаимодействие со взрослыми. Расшифровывая название методики, можно сказать, что взрослый вслух *комментирует* все действия ребенка, придает *смысл* тому, что кажется в его поведении бессмысленным, и делает это подчеркнуто *эмоционально*. Взрослый наблюдает за спонтанным поведением ребенка, не вмешивается в его активность, не стремится что-либо изменить. Вмешательство требуется только в том случае, если ребенок может нанести своими действиями вред себе и окружающим.

Взрослый описывает, во-первых, действия ребенка, во-вторых, те предметы и явления, на которые, как можно понять, обратил внимание ребенок. Комментарии поведения ребенка должны быть такими, чтобы был понятен их смысл, а если смысла не наблюдается, то он находится или приписывается. Например, если ребенок подбрасывает и разбрасывает мелкие игрушки или кусочки бумаги, мы радостно сообщаем, что идет снег или дождь; если ребенок однообразно прыгает на одном месте, мы говорим: «Как красиво умеет прыгать зайчик Ваня!». Описываются все действия ребенка, как бы составляется словесный портрет его поведения.

Если ребенка заинтересовал какой-то предмет или явление, мы описываем его. Например, ребенок подошел к окну и направил свой взгляд на растущие деревья. Мы подчеркнуто эмоционально, радостно, рассказываем ему о дереве, обращаем внимание на листочки, как они шевелятся на ветру, какого они цвета и т.п. Содержание комментария зависит от фантазии взрослого, а его общий фон должен быть высокоэмоциональным, чтобы вызвать у ребенка впечатление и тем самым привлечь его внимание.

1. ***Методика вербализации чувств*** направлена на решение нескольких задач во взаимодействии с ребенком с аутизмом. С одной стороны, использование этой методики является одним из условий коррекции проблемного и трудного поведения ребенка; с другой стороны, она может использоваться в работе с эмоциональной сферой детей с аутизмом. Ребенок испытывает большие трудности с распознаванием эмоций и чувств других людей и самого себя, поэтому развитие эмоциональной сферы должно стать одной из основных задач в работе с ним. Проблемное и трудное поведение ребенка во многих случаях вызвано тем, что ребенок выражает с помошью такого поведения свои эмоции и чувства, не владея другими способами. Обучение ребенка осознанию своих эмоциональных состояний через их проговаривание, то есть через вербализацию, и составляет сущность данной методики.

Использование данной методики требует умения взрослого наблюдать за ребенком и определять причины его поведения (почему ребенок кричит, почему прыгает на одном месте, почему он спрятался в шкаф и закрыл дверцу и т.п.).

۞***Иллюстрации***

Распознав причину трудного или проблемного поведения ребенка, взрослый сообщает ему об этом, используя те словесные выражения, которые ребенок сможет понять. Например, ребенок залезает в шкаф и закрывает дверцу, взрослый сообщает ему: «Ты спрятался, потому что испугался дядю, который к нам пришел. Но дядя уже ушел (или дядя пришел, чтобы починить стиральную машину), и ты можешь выходить».

Ребенок громко кричит, так как ему не понравилось, что ему предлагают рассматривать книжку на другой странице, а не на той, с которой он обычно начинает рассматривать эту книгу. Взрослый сообщает ребенку: «Ты кричишь, потому что тебе не понравилось, что мы смотрим книжку здесь, на этой странице».

Ребенок начинает совершать стереотипные движения (прыгает на одном месте, крутит любимое колесико и т.п.), взрослый ему сообщает: «Ты это делаешь потому, что ты очень устал и тебе не нравится, когда тебя заставляют что-то делать».

В заключение следует обратить внимание на то, что описанные способы работы с ребенком – это скорее методические подходы, а не отдельные специальные методики в работе с аутичными детьми. Поэтому эти методические подходы могут применяться на любом содержании, которое доступно ребенку и которое он принимает.

### 11.6 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания

1. Почему аутизм и аутистические расстройства попали в поле зрения исследователей только в середине 20-го века?

2. Почему детей с детским аутизмом часто принимают за детей с нарушениями зрения или слуха?

3. Какую функцию выполняют стереотипные формы поведения у детей с аутизмом?

4. Что выступает в качестве первичного и вторичного нарушений при детском аутизме?

5. Что является главным отличительным признаком при синдроме Аспергера? Почему дети с синдромом Аспергера часто принимаются за высокоодаренных детей?

6. Почему к детям с аутистическими нарушениями неприменимы традиционные формы и методы обучения?

7. Какая точка зрения на детский аутизм кажется Вам более обонованной и доказанной: 1) ребенок **не хочет** вступать в общение с другими людьми, то есть у него снижена или отсутствует потребность в общении; 2) ребенок **не может** вступать в общение с другими людьми, так как у него отсутствует необходимые когнитивные способности.

8. Ниже перечислены мифы об аутизме. Какие из мифов соответствуют реальности? Обоснуйте свою точку зрения.

Миф 1. Все дети с аутизмом гениальны – им присущи не­которые незаурядные способности.

Миф 2. Дети с аутизмом всегда имеют умственную отста­лость и не могут вести нормальную жизнь.

Миф 3. Дети с аутизмом никогда не смотрят в глаза другим людям.

Миф 4. Дети с аутизмом не могут проявлять привязанности к людям.

Миф 4. Развитие аутизма можно предотвратить: если с ре­бенком начать заниматься до 3 лет, тогда «дверка не закроется», и ребенок может стать вполне нормальным.

Миф 5. Родители ребенка своим поведением «запуска­ют механизм развития аутизма», следовательно, метод помощи – это психоанализ ребенка и семьи.

Миф 6. Нарушение вызвано прививкой – если не делать при­вивки, можно спасти детей.

Миф 7. Причина нарушения – локальное поражение мозга в результате родовой травмы.

***Практическое задание.*** Изучите одну из книг, указанных ниже, и напишите ***эссе*** по прочитанной книге. В эссе отразите следующие ответы на вопросы:

*1. Как ребенок с аутизмом воспринимает и переживает мир вокруг него?*

*2. Как строятся его отношения с окружающими?*

*3. Почему у такого ребенка наблюдаются «странные» особенности поведения?*

*4. Что вызвало у Вас особый интерес в данной книге?*

*5. Изменилось ли ваше отношение к детям с аутистическими нарушениями?*

*6. Стали ли вы лучше их понимать?*

*7. Как нужно организовывать общение и коррекционную работу с таким ребенком?*

*8. Какова роль родителей ребенка с аутизмом* *в его адаптации к миру, в его развитии?*

* 1. Грэндин, Т. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма / Т. Грэндин, М. Скариано. – М. : Центр лечеб. педагогики, 1999. – 228 с.
  2. Никольская, О.С. Аутичный ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – 2-е изд., стер. – М. : Теревинф, 2000. – 333 с.
  3. Сатмари, П. Дети с аутизмом / П. Сатмари ; пер. с англ. – М., Нижний Новгород, СПб. : Питер, 2005. – 224 с.
  4. Хэддон, М. Загадочное ночное убийство собаки / М. Хэддон. – М. : Росмэн, 2004. – 254 с.

### 11.7 Библиография по теме «Искаженное психическое развитие: дети с аутизмом и аутистическими нарушениями

1. Баенская, Е.Р. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития: метод. пособие для педагогов, психологов, врачей / Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М. : ЭКЗАМЕН, 2004.– 128 с.
2. Веденина, М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации / М.Ю. Веденина, О.Н. Окунева // Дефектология. – 1997. – № 2. – С. 31–39 ; № 3. – С. 15–21.
3. Венар, Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг ; под науч. ред А. Алексеева. – СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 384 с.
4. Детский аутизм : Хрестоматия / сост. Л.М. Шипицына. – СПб. : Междунар. ун-т семьи и ребенка им. Р. Валленберга, 1997. – 254 с.
5. Каган, В.Е. Аутизм у детей / В.Е. Каган. – Л. : Ленинградское отделение, 1981. – 190 с.
6. Лебединская, К.С. Учреждения для аутичных детей в США / К.С. Лебединская, О.С. Никольская // Дефектология. – 1991. – № 1. – С. 65–69.
7. Лебединский, В.В. Детский аутизм как модель психического дизонтогенеза / В.В. Лебединский // Вестник Моск. ун-та. Серия Психология. – 1996. – № 2. – С. 18–23.
8. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие / В.В. Лебединский. – М. : Академия, 2011. – 144 с.
9. Либлинг, М.М. Подготовка к обучению детей с ранним детским аутизмом / М.М. Либлинг // Дефектология. – 1997. – № 4. – С. 80–86; 1998. – № 1. – С. 69–79.
10. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 220 с.
11. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.
12. Методика учебно-воспитательной работы в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: учеб-метод. пособие / М. Вейтланд, [и др.] ; науч. ред. С.Е. Гайдукевич. – Минск: БГПУ, 2009. – 276 с.
13. Никольская, О.С. Аутичный ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – Изд-е 4-е. – М. : Теревинф, 2005. – 288 с.
14. Сатмари, П. Дети с аутизмом / П. Сатмари ; пер. с англ. – СПб. : Питер; М., Нижний Новгород : 2005. – 224 с.
15. Семаго, М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : АРКТИ, 2001. – 208 с.
16. Словарь иностранных слов. – М. : Русский язык, 1989. – 624 с.
17. Спиваковская, А.С. Нарушения игровой деятельности / А.С. Спиваковская. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1980. – 132 с.
18. Шоплер, Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей / Э. Шоплер, М. Ланзинд, Л. Ватерс. – Минск : Открытые двери, 1997. – 255 с.
19. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский [и др.]; под ред. В. В. Лебединского. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1990. – 197 с.
20. Autism under 3 years / С. Gillberg [et al.] // Journal of Child Psychology and Psychiatry 31. – 1990. – S. 921–934.
21. Dodd, S. Autismus. Was Betreuer und Eltern wissen müssen / S. Dodd. – München : Akademischer Verlag Spektrum, 2007. – 399 s.

# Глава 12 Дети с нарушениями речи

***Основные понятия.*** *Логопедия, логопсихология, язык и речь, развитие речи, коммуникативно-речевая деятельность, нарушения речи, логопатология, недоразвитие речи, дислалия, общее недоразвитие речи, системное недоразвитие речи, алалия, афазия, ринолалия, заикание, дизартрия.*

**Содержание**

12.1 Психофизиологические и психологические механизмы речи.

12.2 Закономерности развития речи у детей.

12.3 Этиология и классификация нарушений речи у детей.

12.4 Психолого-педагогическая характеристика нарушений речи у детей.

12.5 Нарушения речи при разных видах отклоняющегося развития.

12.6 Психологические основы помощи детям с нарушениями речи

12.7 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания.

12.8 Библиография по теме «Дети с нарушениями речи».

Изучение речевых нарушений и возможностей их коррекции началось с середины ХIХ века в рамках интегративной области знаний, которая была названа логопедией.

Логопедия – раздел коррекционной педагогики, изучающий нарушения развития речи, их преодоление и предупреждение средствами специального обучения и воспитания.

Психологические аспекты речевого развития в онтогенезе, психологические особенности людей, имеющих нарушения речи, изучаются в логопсихологии. История логопсихологии значительно превышает ее «возраст», так как она долгое время развивалась в рамках логопедии и специальной психологии.

**Логопсихология** – раздел специальной психологии, изучающий психологические особенности лиц с нарушениями речи. Логопсихология рассматривает причины, механизмы, симптоматику, структуру нарушений в познавательной, эмоционально-волевой сферах, а также межличностные отношения лиц с нарушениями речи. Логопсихология разрабатывает методы психологической помощи людям с нарушениями речи.**Детская логопсихология** как раздел логопсихологии изучает закономерности психического развития и психологические особенности детей с нарушениями речи.

### 12.1 Психофизиологические и психологические механизмы речи

Речь представляет собой исторически сложившуюся форму общения людей посредством языковых конструкций, которые созданы по определенным правилам. Процесс речи включает восприятие и понимание речевых конструкций, созданных другими людьми, а также формирование и формулирование мыслей и их передачу речевыми (языковыми) средствами. Речь можно определить также как процесс использования языка в целях общения и осуществления собственной деятельности. Понятия «язык» и «речь» нельзя рассматривать как синонимы, но в совокупности язык и речь представляют собой сложную речеязыковую деятельность.

Исходя из этого определения, можно обозначить функции, которые выполняет речь:

- коммуникативная функция (использование речи в процессе общения, осуществление процесса общения);

- номинативная функция (обозначение словом предметов, действий, качества и т.д.), в этом аспекте иногда говорят о символической функции;

- регулятивная функция (с помощью речи человек может влиять, оказывать воздействие на других людей и на самого себя, то есть регулировать поведение);

- интеллектуальная функция (речь используется в осуществлении познавательных процессов – восприятия, памяти, мышления, внимания, воображения);

- функция сохранения общественно-исторического опыта (опыт человечества фиксируется в языковой форме).

Функции речи реализуются с помощью разных видов речи.

**устная речь**

**письменная речь**

**письмо**

**диалог**

**монолог**

**чтение**

Рисунок 12.1. – Виды речи

- *устная речь* – использование звучащей речи в непосредственном общении;

- *письменная речь* – использование видимых знаков (букв) для передачи информации, как правило, вне ситуации непосредственного общения; восприятие письменной речи называется чтением, а процесс создания письменной речи называется письмом;

- *диалог* – использование речи в общении нескольких людей, которые говорят поочередно, слушая друг друга;

- *монолог* – речь одного человека;

- *внутренняя речь* – внешне неслышимая речь, которую человек произносит для себя, мысленно; используется для регуляции человеком своих действий, планирования своих мыслей и деятельности, оценки своего состояния.

В нейропсихологии принято различать импрессивную и экспрессивную речь. *Импрессивная речь* – это совокупность процессов восприятия и понимания речи (от англ. impression – впечатление). *Экспрессивная речь* – это совокупность речевых высказываний, процесс выражения с помощью речи эмоций, мыслей, суждений, передача информации, воздействие на другого человека с помощью речевого высказывания (от англ. to еxpress – выражать).

Модели *порождения и понимания речевого высказывания* рассматриваются в *психолингвистике,* научной дисциплине, изучающая обусловленность процессов речи и ее восприятия структурой соответствующего языка.

Современные отечественные исследователи опираются на идеи Л.С. Выготского, который предложил схему продуцирования речи: «от мотива, порождающего какую-либо мысль, к оформлению самой мысли, к опосредствованию ее во внутреннем слове, за­тем — в значениях внешних слов и, наконец, в словах» [4, с. 380–381].

Восприятие речевого высказывания, как и его порождение, имеет разноуровневый характер, фазную структуру и является сложной перцептивной, мыслительной и мнемической деятельностью. Например, согласно Н.И. Жинкину [7] общая схема восприятия речевого сигнала включает в себя два уровня – сенсорный и перцептивный. На сенсорном уровне происходит, во-первых, анализ синтетического слухового образа (операция различения), во-вторых, осуществляется выделение и удержание признаков в слуховой памяти на время, необходимое для принятия решения о фразе (операции удержания, сопоставления и накопления элементов). Перцептивный уровень начинается с первичного синтеза слова, основанного на операции различения, далее на основе сличения осуществляется узнавание и полный синтез слова. Слово приобретает категориальные, опознавательные и индивидуальные признаки. Затем происходит синтез слов фразы в систему сообщения на основе использования правил логики и грамматики. После этого следует вторичная аналитико-синтетическая обработка всего сообщения (фразы) с целью определения полного и точного конкретного смысла. Завершается смысловое восприятие пониманием мысли и удержанием ее в памяти.

Речь (как звукопроизношение) оказывается возможной благодаря работе *речевого аппарата*, к которому относятся следующие анатомические структуры разного уровня: трахея, гортань, ротовая и носовая полости, язык, губы, зубочелюстной аппарат, разные группы мышц и связок. К органам голосообразования и дыхания относятся: голосовые связки, гортань, легкие, трахея, диафрагма. Голосовые связки как часть гортани выполняют функцию реализации речевой интонации с помощью силового и логического ударения, они также участвуют в образовании фонем. Голосовые связки ответственны за дифференциацию гласных звуков, звонких и глухих согласных звуков. Губы, язык и гортань являются фонемообразующим органом. Благодаря изменениям артикуляционных положений языка создается до 100 согласных фонем. Нарушение деятельности или сбой в работе каждой из этих структур речевого аппарата может приводить к нарушению формирования голосовых или произносительных характеристик речи.

### 12.2 Закономерности развития речи у детей

Процесс развития речи представляет собой усвоение ребенком языка и использование его для разных целей – общения, познания, усвоения опыта и т.д. Развитие речи у детей происходит в нескольких направлениях: восприятие и понимание речи других людей, развитие собственных речевых возможностей, использование речи для общения, познания и саморегуляции. Развитие речи осуществляется в рамках общего процесса развития ребенка и не может быть от него отделено. Развитие речи строится на основе уже развитых у ребенка психических функций, становясь, в свою очередь, основой для развития других психических функций. Так, процесс развития речи неотделим от общения ребенка с окружающими, его двигательной и познавательной активности. Предпосылкой развития речи является созревание и работа головного мозга ребенка, в котором прижизненно складывается сложная мозговая локализация речевых процессов.

В работе Т.Н. Трефиловой [26] были обобщены результаты исследований развития детской речи, проведенные еще в ХХ веке. В этих исследованиях были выделены условия, ускоряющие или замедляющие процесс развития речи. К условиям, способствующим скорейшему усвоению родного языка, был отнесен широкий круг разнообразных явлений, среди которых: принадлежность к имущим слоям и интеллигенции; наличие старших братьев и сестер; женский пол; общество сверстников; наличие в окружении ребенка лиц с правильной литературной речью; специально приспособленная к ребенку речь взрослых (признаками подобной речи являлись внятность, отчетливость, слегка замедленный темп); благоприятная эмоциональная поддержка взрослыми первых самостоятельных речевых проявлений ребенка; специальное целенаправленное воспитание речи в семье; образование родителей; посещение детского сада. Условиями, замедляющими темп речевого развития, считались низкое социальное положение; более раннее развитие опорно-двигательного аппарата; отсутствие братьев и сестер; наличие речевой патологиий у взрослых, окружающих ребенка; задержка умственного развития у ребенка; наличие местных диалектов.

Если обобщить все имеющиеся в современной науке данные, то можно утверждать, что для нормального речевого развития ребенка должны соблюдаться следующие анатомо-физиологические условия:

- сформированность и нормальное функционирование тех мозговых структур, которые отвечают за речевые функции;

- сформированность и нормальная работа слухового, зрительного, кожно-кинестетического анализаторов: слуховой анализатор необходим для восприятия звучащей речи, так как в обычных условиях человек использует звучащую речь для общения; зрительный анализатор необходим для восприятия движений речедвигательного аппарата (губ, языка) и для восприятия мимики, сопровождающей речевое высказывание; кожно-кинестетический анализатор необходим для ощущения движений губ и языка при построении собственных речевых движений;

- сформированность и нормальная работа интегративных зон головного мозга, отвечающих за понимание грамматических конструкций, за способность установления связей и отношений между предметами и явлениями, за программирование речевого высказывания;

- сформированность двигательной системы: для производства речевых движений требуется слаженная работа мышц губ и языка;

- слаженная, скоординированная работа мышц дыхательного, голосового и артикуляционного отделов речевого аппарата; скоординированная работа слухоречевой, зрительной и речедвигательной зон головного мозга (человека должен говорить, производить руками движения письма в соответствии с тем, что он слышит или видит и т.д.).

Для осуществления нормального речевого развития ребенка необходимо создание определенных психолого-педагогических условий:

- активное речевое общение в системе «ребенок – взрослый», включенное в повседневную жизнедеятельность ребенка;

- целенаправленная работа взрослых по развитию речи у детей: предъявление ребенку правильных речевых образцов, стимулирование речевых проявлений ребенка, формирование у него потребности в речевом высказывании.

*Развитие речи у ребенка* начинается с момента его рождения и проходит длительный и сложный путь, прежде чем ребенок станет существом говорящим и носителем родного языка [33]. Ребенок рождается с уже готовыми предпосылками речевого развития:

1) он предпочитает фиксировать взглядом сложно организованные фигуры, напоминающие лицо человека;

2) может имитировать мимику взрослого человека (вытягивать губы, открывать рот) уже в первые дни после рождения;

3) слух новорожденного настроен на восприятие речи, так как диапазон восприятия частоты звуков соответствует наилучшему восприятию именно человеческой речи;

4) у ребенка имеется врожденный сосательный рефлекс, а сосание способствует развитию речедвигательного аппарата.

*Понимание речи* начинается с фиксации ребенком взгляда на лице взрослого в момент произнесения им звуков, что наблюдается уже в полтора–два месяца. На *пятом месяце* появляется реакция ребенка на изменение интонации голоса матери, изменяется и поведение ребенка в ответ на различные интонации голоса, даже если речь не обращена непосредственно к ребенку.

Еще в первом полугодии жизни у ребенка появляется координация между восприятием звука человеческого голоса и зрительным образом источника звука, то есть ребенок стремится увидеть источник звука (зрительно-слухо-моторные координации).После *семи месяцев* жизни у ребенка появляется реакция на слово: он связывает название предмета с самим предметом, причем это относится к одушевленным и к неодушевленным предметам, находящимся в непосредственном окружении ребенка. Когда ребенок слышит название предмета или имя человека, он ищет названный предмет или человека взглядом. При появлении реакции на слово происходит быстрое накопление пассивного словарного запаса у ребенка, то есть увеличивается количество названий предметов и имен людей, которые он ищет при их назывании. Однако ребенок нуждается в постоянном подкреплении названных слов, так как их следы в памяти еще очень нестойкие. Одновременно у ребенка появляется интерес к звукам речи, к внешне наблюдаемым проявлениям говорения, так как он внимательно смотрит на губы говорящего человека, и это является предпосылкой для появления собственной речи.

С *10 месяцев* ребенок понимает не только отдельные слова, но и простые фразы. Он уже способен не просто найти названный предмет взглядом, но и выполнить названное взрослым действие (пока-пока, ладушки). К концу первого года жизни ребенок начинает воспринимать внеситуативную речь, то есть речь, не включенную в конкретную ситуацию общения, так как он слушает рассказ об отсутствующих людях, хорошо знакомых ему.

В раннем возрасте (от 1 года до 3 лет) происходит интенсивное развитие речи детей, что связано с новым содержанием общения ребенка со взрослым, стремлением ребенка «приладить» свою речь к речи взрослых, и освоением ребенком разнообразных действий с предметами. В первом полугодии *второго года жизни* увеличивается количество действий, которые ребенок выполняет по словесной просьбе взрослого, причем действие выполняется только в конкретной бытовой ситуации в окружении знакомых ребенку предметов.

В возрасте *1 года 10 месяцев* ребенок понимает вопросы, относящиеся к его собственным действиям в прошлом, и может воспроизвести эти действия. В возрасте *2-х лет* ребенок уже понимает сообщение о действиях, обращенных в будущее. Ребенок уже может слушать и понимать сообщения, выходящие за пределы непосредственной ситуации общения, и с этого возраста речь выполняет функцию познания окружающего мира.

*Развитие активной речи* начинается с произнесения ребенком первых звуков, которые вначале включены в структуру плача или крика. Эти звуки отражают внутренние состояния ребенка. Развитие активной речи происходит в связи с развитием общения ребенка со взрослым, а звуки речи выступают как средство общения. Как результат появления потребности в общении ребенок начинает произносить звуки, обращенные ко взрослому. Вначале это преимущественно гласные звуки, произносимые мелодично и с разной интонацией. Такой вид речи ребенка называется гулением, и оно преобладает в первом полугодии жизни, причем оно не зависит от того, в какой языковой среде развивается ребенок – дети всех народов гулят одинаково. Интересно, что гуление наблюдается и у детей с нарушением слуха, у неслышащих детей, и это свидетельствует о том, что гуление развивается независимо от слышимой ребенком речи. Ребенок использует гуление как средство общения со взрослым, и в этот период он уже способен вести «диалог» со взрослым, вступая в общение с ним попеременно.

*Во втором полугодии* жизни у ребенка появляются в речи звуки родного языка, которые он усваивает, слушая речь окружающих. Ребенок также начинает подражать самому себе, намеренно употребляя звуковые комплексы, что свидетельствует об установлении связей между слухом и артикуляциями.

Ребенок начинает произносить отдельные слоги, то есть сочетания гласных и согласных звуков, а затем складывать отдельные слоги в цепочки слогов. *К 9 месяцам* в речи ребенка появляются сочетания слогов, которые напоминают слова (ба-ба), но истинными словами они еще не являются, поэтому называются псевдословами. Псевдослова ребенок не связывает с конкретным человеком или предметом, а произносит в любой ситуации.

*В конце первого года* жизни в речи ребенка появляются первые настоящие слова, всего до 3–5 слов, среди которых имена близких, звукоподражания, название пищи (мама, папа, ням-ням, дай и т.п.). С этого начинается *автономная речь*, которая резко отличается от речи взрослых фонетическими характеристиками, то есть составом звуков речи, и многозначностью первых слов, когда каждый звук, слог или слово могут обозначать несколько предметов или действий одновременно.

*Развитие активной речи в раннем возрасте*происходит по следующим направлениям: 1) развитие фонематического слуха; 2) накопление словарного запаса; 3) становление грамматического строя.

На протяжении раннего возраста ребенок учится воспроизводить все фонемы, стремясь соответствовать требованиям взрослых и речи взрослых, однако их правильное воспроизведение наблюдается только в дошкольном возрасте. К концу раннего возраста речь детей приближена к речи взрослых, сохраняется лишь общая смягченность детской речи.

Перелом в развитии словаря детей происходит *в 1,5 года*, когда резко возрастает количество произносимых ребенком слов как самостоятельно, так и по просьбе взрослого, а также появляются вопросы ребенка о названиях предметов. После полутора лет появляются двухсловные фразы, как правило, сочетающие название предмета и действия. *К 2 годам* словарный запас достигает 300 слов, а *к 3 годам* – до 1500 слов. Ребенок употребляет все части речи, кроме причастий и деепричастий, которые редко встречаются и в обыденной речи взрослых.

Перелом в развитии грамматического строя речи происходит *в 2 года.* Этот переход связан с овладением ребенком морфологией и синтаксисом родного языка, пониманием флексивной структуры языка. Этот перелом свидетельствует о «прилаживании» речи для целей общения, для выполнения предметных действий в сотрудничестве со взрослыми. Действие, выполняемое ребенком, отражается в его речи, поэтому ребенок осваивает систему грамматических средств для обозначения в речи разнообразных вариантов действий с предметами. Поэтому *к 3 годам* ребенок правильно использует падежные окончания существительных и прилагательных, глагольные формы, в речи появляются предлоги и союзы. Это позволяет ребенку выразить в речи различные отношения между предметами и людьми: предметные отношения, направления действия, орудийность действия, отношения совместности, подчиненности, последовательности, отношения между предметом и действием, предметом и его качествами. В своей речи ребенок пользуется простыми и сложными предложениями, построенными по законам грамматики родного языка.

*Во второй половине раннего возраста* ребенок демонстрирует активное отношение к речи: он любит играть с определенными частями слов, понимая функции суффиксов, приставок, создает собственные слова на основе интуитивного усвоения законов словообразования. Речь также начинает выполнять интеллектуальную функцию, являясь средством осуществления мыслительной деятельности, используется для формирования обобщений, а также для осуществления функции планирования замысла. С помощью речи ребенок впервые начинает управлять собой в трудных для него ситуациях.

*К концу раннего возраста ребенка можно назвать полностью говорящим существом, у него появляются также регулирующая и интеллектуальная функция речи.*

Для правильного понимания и оценки уровня речевого развития дошкольника дефектологи часто используют «Схему системного развития нормальной речи», предложенную А.Н. Гвоздевым (см. [23]).

В дошкольном возрасте (от 3 до 6–7 лет) у ребенка развиваются большинство видов и функций речи. К ним относятся диалогическая и монологическая, ситуативная и контекстная (выполняют коммуникативную функцию), эгоцентрическая и внутренняя речь (выполняют планирующую и интеллектуальную функции), элементы письменной речи (функция освоения общественно-исторического опыта); осваивается также номинативная функция речи (ребенок узнает названия предметов и отделяет название от свойств предметов).

В возрасте 5–7 лет начинает формироваться внутренняя речь, под которой понимается использование языка вне процессов коммуникации. Внутренняя речь проявляется во внутреннем проговаривании, или в «речи для себя», в процессах мышления, в планировании своей деятельности. Предтечей внутренней речи является «эгоцентрическая» речь, которая имеет внешнее выражение, но выполняет функции внутренней речи.

К концу дошкольного возраста (6–7 лет) ребенок становится носителем родного языка, то есть он уже осваивает родной язык с его основными и самыми тонкими закономерностями, а также использует собственную речь для целей общения, познания мира и управления своим поведением. Ребенок начинает также осознавать словесный состав речи и понимать законы ее построения. Дошкольник очень чуток к языковым явлениям, он склонен к словотворчеству и словообразованию.

*Младший школьный возраст* является периодом овладения ребенком письменной речью в ее двух формах – чтением и письмом. Он осваивает буквы родного языка, учится их читать и изображать, составлять из букв слова, а из слов – предложения, выражать мысли с помощью письменной речи. Одновременно он учится читать слова и предложения и понимать смысл прочитанного. В этот период формируется контекстная речь и монологическая речь, когда ребенок овладевает литературным языком и свойственными ему грамматическими конструкциями (А.Н. Корнев). В речи ребенка появляются сложные синтаксические конструкции, передающие причинные, условные, пространственные отношения.

В дальнейшем ребенок совершенствует свою устную и письменную речь, овладевает все более богатыми возможностями родного языка и использует речь при освоении учебных предметов, в учебно-профессиональной деятельности.

### 12.3 Этиология и классификация нарушений речи у детей

Нарушения речи у детей имеют многофакторную обусловленность, и это становится понятным, как только мы осознаем, насколько сложной является речевая деятельность человека, и как легко могут возникать нарушения речевых функций. *«Нарушение речи»* – это собирательный термин, который используется для обозначения отклонений от нормального речевого развития, от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, которые обусловлены расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности [14]. Синонимами термина «нарушение речи» являются такие термины как «расстройства речи», «речевые нарушения», «речевая патология», «нарушение речевого развития» и др. Речевая патология, или нарушения речи – это результат сложного взаимодействия большого числа патогенных факторов и механизмов. К ним относятся:

*Биологические факторы –* поражение (недоразвитие или повреждение) мозговых структур, отвечающих за речевые функции; органические нарушения структур речевого аппарата.

*Социально-психологические факторы* – психическая депривация детей, педагогическая запущенность, недостаточность эмоционального и речевого общения со взрослыми.

***Классификация нарушений речи*** впервые появилась еще во второй половине ХIХ века, и вначале она включала всего две группы нарушений– косноязычие и заикание, чуть позже к ним была добавлена идиопатическая слухонемота, впоследствии названная алалией. Первая отечественная клиническая классификация нарушений речи принадлежит М.Е. Хватцеву. В ней он выделяет следующие категории речевых расстройств: косноязычие, недостатки голоса, расстройства темпа и ритма речи (заикание, ускоренная речь, замедленная речь), расстройства речи на фоне органического нарушения коры головного мозга (афазия, алалия, дислексия и дисграфия) [12].

В современной международной классификации МКБ-10 нарушения речи рассматриваются в рубрике «Нарушения психологического развития». В категорию F80 «Специфические расстройства развития речи и языка» внесены следующие расстройства: F80.1 – расстройство экспрессивной речи; F80.2 – расстройство рецептивной речи; F80.3 – приобретенная афазия с эпилепсией; F80.8 – другие расстройства развития речи [18, с. 251].

В 1968 г. Р.Е. Левина в монографии «Основы теории и практики логопедии» [21] заложила основы психолого-педагогического подхода к изучению нарушений речи у детей и их классификации. В основу психолого-педагогической классификации положены такие критерии, как нарушения языковых средств общения и нарушения в применении средств общения в процессе речевой коммуникации. Ею были выделены такие формы нарушений речи, как *фонетическое недоразвитие, фонетико-фонематическое недоразвитие, общее недоразвитие речи, заикание.* Психолого-педагогическая классификация нарушений речи находит применение и в современной практике помощи детям с нарушениями речи.

В настоящее время в логопедии принята и используется классификация, разработанная Г.В. Чиркиной [29], в которой успешно сочетаются клинический и психолого-педагогический подходы.

В данной классификации речевые нарушения разделяются на две большие группы: нарушения устной речи и нарушения письменной речи.

1. Нарушения устной речи.

1.1 Расстройства фонационного оформления речи – нарушения голоса, темпа, плавности произношения, звукопроизношения.

1.1.1 Афония, дисфония – расстройства голоса.

1.1.2 Брадилалия, тахилалия – расстройства темпа речи.

1.1.3 Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, ее плавности.

1.1.4 Дислалия, дизартрия, ринолалия – нарушения звукопроизношения.

1.2 Нарушения структурно-семантического оформления высказывания.

1.2.1 Алалия.

* + 1. Афазия.

1. Нарушения письменной речи.

2.1 Нарушения письма.

2.1.1 Аграфия.

2.1.2 Дисграфия.

2.2 Нарушения чтения.

2.2.1 Алексия.

2.2.2 Дислексия.

Кроме различных видов нарушений речи, которые включены в названные классификации, в специальной литературе можно встретить и другие термины для разных нарушений речи, а именно: *недоразвитие речи, системное недоразвитие речи, избирательный мутизм,* о которых будет сказано ниже, при характеристике конкретных нарушений речи.

В соответствии с Кодексом Республики Беларусь об образовании к категории лиц с особенностями психофизического развития относятся в том числе и *лица с нарушениями речи****.*** В республиканском банке данных о детях с ОПФР 91,75% детей – это дети с нарушениями речи (по состоянию на 15.09.2012 г.). Таким образом, это самая многочисленная группа среди всех детей, имеющих особенности психофизического развития.

При характеристике классификаций нарушений речи важно понимать, что различные виды нарушений речи выделяются как самостоятельные единицы, вне зависимости от вида отклоняющегося развития. При разных видах отклоняющегося развития у детей также могут быть и разные нарушения речи. В то же время имеются такие виды нарушений речи, которые выступают как самостоятельные диагностические единицы, и ребенку может быть выставлен только речевой диагноз. Это относится, например, к общему недоразвитию речи, к моторной алалии, к дисграфии и дислексии, заиканию, ринолалии и т.д. Поэтому необходимо четко различать понятия «вид отклоняющегося развития» и «вид нарушений речи», особенно при проведении диагностической и коррекционно-развивающей работы с детьми с особенностями психофизического развития. В работах специалистов по логопсихологии это различение вводится через использование понятий «первичные нарушения речи» и «вторичные нарушения речи».

### 12.4 Психолого-педагогическая характеристика нарушений речи у детей

В данном параграфе мы будем рассматривать *первичные нарушения речи*, когда нарушение речи возникает само по себе, вне связи с другими нарушениями развития. В этих случаях нарушение речи является самостоятельным нарушением, не вытекающим из других видов отклоняющегося развития.

***Недоразвитие речи*** *–* сборный термин для характеристики разных нарушений речи, при которых главным признаком оказывается недостаточное развитие речи, несоответствие уровня развития речи возрастным нормативам. Данный термин фиксирует только факт наличия нарушения речи, но не характеризует специфику речевого нарушения.

***Дислалия*** (от греч. *dis* *–* приставка, означающая расстройство, *lalia* – речь) – расстройство речи, проявляющееся в *нарушении произношения звуков* (при сохранном интеллекте) у детей*.* При дислалии дети могут не произносить звук вовсе, искажать его произношение, заменять один звук на другой. Дети могут неправильно произносить разные звуки речи, и конкретные нарушения звукопроизношения имеют специфические названия: например, нарушение произношения звуков л–ль называют ламбдацизмом, нарушение произношения звуков р, рь – ротацизмом. Различают *механическую* дислалию, связанную с анатомическими дефектами артикуляционного аппарата, и *функциональную* дислалию, обусловленную нарушениями функции артикулирования при сохранном строении органов артикуляции. Причины функциональной дислалии лежат, во-первых, в неблагоприятных условиях развития речи (особая речевая манера общения взрослых с детьми, наличие нарушений речи у членов семьи или ближайшего окружения ребенка), во-вторых, в нарушении фонематического слуха. Дислалия в сочетании с нарушенным фонематическим слухом называется также ***фонетико-фонематическим недоразвитием речи.***

В специальных исследованиях [6; 10; 12] установлены особенности психических процессов и личности детей с дислалией. Так, *внимание* у детей при дислалии менее устойчиво, чем в норме, отмечается сниженный уровень его переключаемости. Нарушение устойчивости и переключаемости связаны с недостаточной подвижностью основных нервных процессов в коре мозга. *Память* у детей с функциональной дислалией характеризуется сужением объема запоминания, ошибками при воспроизведении. Данные особенности обусловлены ослаблением внимания и фонематического слуха.

*Мышление* при дислалии практически не отличается от нормативных показателей, хотя особенности мышления могут быть обусловлены снижением уровня функций внимания и памяти. В более тяжелых случаях отмечается замедленное протекание интеллектуальных процессов, снижение уровня обобщения, конкретность мышления.

При дислалии осознание ребёнком своего речевого нарушения оказывает негативное влияние на его развитие. Нередко критичное отношение к состоянию собственной речи приводит к тому, что ребёнок начинает стесняться своей речи, избегает ситуаций речевого общения, становится замкнутым, неуверенным в своих силах и возможностях. В результате могут формироваться негативные личностные черты (замкнутость, негативизм, неконтактность).

У детей дошкольного и младшего школьного возраста негативные тенденции развития личности выражаются в невротических проявлениях: энурез, неврастения, расторможенность. У детей младшего школьного возраста отмечается более легкая адаптация в коллективе сверстников, однако постоянное отстранение от выступлений на утренниках и ответов на групповых занятиях приводят к формированию предпосылок осознания своей неполноценности. Нарушенная речь становится нередко объектом для насмешек окружающих.

Многократное каждодневное указание на нарушение звукопроизношения приводит к осознанию детьми своей недостаточности. У них проявляется страх перед поступлением в школу, который связан не с внешним проявлением речевого нарушения, а именно с его осознанием. В старшем возрасте у детей преобладают патохарактерологические нарушения, неуверенность, замкнутость, истерические черты.

***Алалия*** (от греч. *а* – отрицат. частица и *lalia* – говорю) – отсутствие или недоразвитие у детей речи при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте. Алалия обусловлена повреждениями речевых зон коры головного мозга во время родов, заболеваниями или травмами мозга в доречевой период жизни, то есть алалия представляет собой нарушение речи, которое вызвано врожденными причинами. При алалии нарушенными являются все стороны речевой деятельности, все компоненты речеязыковой системы, то есть процессы формирования, порождения и восприятия речи.

Различают ***моторную алалию***, когда ребенок вообще не может говорить, хотя понимание обращенной к нему речи не нарушено, и ***сенсорную алалию***, когда ребенок не понимает совсем или испытывает трудности в понимании обращенной к нему речи при своевременно появившейся речевой активности.

При ***моторной алалии*** у детей отмечается диффузность фонематических представлений, нечеткость звукового восприятия и воспроизведения. Исследователи [10; 12] приходят к выводу о большей сохранности у детей с моторной алалией невербального интеллекта по сравнению с вербальным. У детей с моторной алалией отмечается нарушение функционально-операционной стороны мышления (анализа, синтеза, обобщения, сравнения, классификации, исключения лишнего понятия и др.), а также замедленность и ригидность (тугоподвижность) мыслительных процессов. При алалии своеобразно формируется речевое мышление, для которого необходимы полноценные языковые обобщения. У детей с алалией отмечается бедность логических операций, снижение способности к символизации, обобщению, абстракции, нарушение орального и динамического праксиса, акустического гнозиса, т.е. у них затруднены интеллектуальные операции, требующие участия речи. Снижение уровня обобщений проявляется в игровых действиях, в несформированности ролевого поведения, навыков совместной сюжетно-ролевой игры. Недоразвитие речи тормозит полноценное развитие познавательной деятельности, но не является причиной или показателем интеллектуальной недостаточности.

При моторной алалии В.А. Ковшиков выделяет *три группы* детей в зависимости от состояния их личности и эмоционально-волевой сферы. *Первая* *группа* (самая малочисленная) – эмоционально-волевая сфера и личностные свойства сохранны. Для детей *второй* *группы* характерна повышенная возбудимость, гиперактивность, суетливость, склонность к повышенному фону настроения, некритичность по отношению к речевому нарушению. Дети *третьей* *группы* (самой многочисленной) отличаются повышенной тормозимостью, снижением активности, для них характерно критичное отношение к своему дефекту, выраженное переживание по этому поводу, речевой негативизм; дети не уверены в себе, замкнуты, стеснительны, скованы [12].

Причины возникновения невротических черт характера у детей с моторной алалией связаны с неблагоприятными социальными условиями, с недоброжелательным отношением к ребёнку со стороны окружающих взрослых и сверстников, со стилем воспитания. Страх ошибиться и вызвать насмешку окружающих приводит к снижению речевой активности детей с моторной алалией, к отказу от вербального общения. Осознание собственного речевого расстройства способно порождать как дисгармонические черты характера, так и разнообразные невротические расстройства.

При ***сенсорной алалии*** наиболее нарушенным является понимание речи. В целом восприятие речи при сенсорной алалии замедленно, трудно контролируемо и мало управляемо. В результате нарушения слуховой дифференциации у детей не формируются акустико-гностические процессы и фонематическое восприятие, нарушено различение фонем, наблюдаются недостатки фонематического и морфемного анализа состава слова. Ребёнок с сенсорной алалией слышит, но не понимает обращённую речь, связь между звучащим словом и образом предмета у него не формируется. Б.М. Гриншпун, С.Н. Шаховская [12] отмечают, что степень проявления нарушений понимания может зависеть от ряда факторов: а) от ситуации восприятия (кто говорит, общий эмоциональный фон, наличие мотивации к восприятию, соматическое состояние воспринимающего, наличие у него утомления, физические признаки среды и пр.); б) от сложности воспринимаемых языковых единиц (бытовой или абстрактный словарь, контекстная или отвлечённая от ситуации речь, простая или распространенная фраза и пр.); в) от наличия факторов, усиливающих акустическое впечатление (зрительное подкрепление, возможность видеть лицо говорящего, проговаривание услышанного); г) от глубины речевого нарушения. В результате нарушения понимания у детей с сенсорной алалией отсутствует или грубо искажается собственная речь. Ребёнок не в состоянии адекватно подобрать слова, осуществить их лексико-грамматическое и артикуляторное оформление. Отсутствует контроль над производством и воспроизведением речевого высказывания.

При сенсорной алалии у детей отмечается вторичная задержка умственного развития, речь не выполняет регулирующих функций. Нарушения мышления связаны с длительным формированием предметной соотнесенности слова, трудностями актуализации слов в речи, дефектами памяти. При сенсорной алалии отмечается вторичная задержка умственного развития; речь не является регулятором и саморегулятором деятельности такого ребенка [6] .

Развитие личности у детей с сенсорной алалией часто идет по невротическому типу: у них отмечаются замкнутость, негативизм, эмоциональная напряженность. Дети обидчивы, плаксивы, для них характерна повышенная ранимость, неуверенность в себе и в своих возможностях.

В исследовании Т.С. Овчинниковой [10] сравнивались особенности мышления нормально развивающихся детей и детей с алалией. В возрасте четырех-пяти лет между детьми с алалией и детьми с нормальной речью не выявляется различий. Начиная с пяти с половиной лет, дети с алалией при выполнении некоторых сложных заданий чаще испытывают затруднения, чем их сверстники с нормальной речью. Это, например, исключение «лишней» фигуры, установление постепенно усложняющегося последовательного ряда фигур, образование понятий «транспорт», «люди», «предметы неживой природы» и задания на установление последовательности из четырех картинок. Эти различия объясняются тем, что у нормально говорящих детей к шести годам лучше, чем у детей с алалией, формируется способность к самоорганизации, благодаря чему они более продуктивно совершают мыслительные операции. Такие задания требуют тщательного анализа многих компонентов проблемной ситуации, длительного напряжения, устойчивого внимания.

***Афазия*** (от греч. *а* — отрицат. частица и *phasis* — высказывание) – системное нарушение речи, вызванное прижизненными локальными поражениями коры левого полушария (у правшей); проявляется в полной или частичной утрате способности пользоваться языковыми средствами при сохранении функций слуха и артикуляционного аппарата. Эти нарушения могут затрагивать фонематическую, морфологическую и синтаксическую структуры активной и пассивной речи.

Детские афазии встречаются редко. Афазия у детей может быть вызвана действием только прижизненных вредностей (черепно-мозговые травмы, опухоли, нарушение мозгового кровообращения и др.) на речевые зоны коры головного мозга. У детей, как и у взрослых, наблюдается распад речи, уже сформированной в той или иной степени к моменту расстройства, при том, что до расстройства развитие детей протекало полностью нормально. Симптомы афазии у детей в большинстве случаев поддаются обратному развитию. Таким симптомы сходны с симптомами алалии (системное нарушение речи вследствие поражения мозга внутриутробно и во время рождения, до начала формирования речи).

В исследованиях А.Ю. Обуховской [20] доказана связь между возрастом мозгового поражения и степенью распада речевых функций при афазии у детей. У детей дошкольного возраста не может быть всех видов афазий, описанных у взрослых, так как соответствующие зоны головного мозга характеризуются функциональной несформированностью. В первую очередь это касается динамической и семантической афазий. У детей школьного возраста афазии по симптоматике сходны с афазиями взрослых, и у них возможны все виды афазий. Афазия у детей и подростков проявляется в более широком спектре симптомов, является менее стойким, более благоприятным в плане прогноза компенсации речевого дефекта, чем у взрослых, что обусловлено пластичностью детского мозга.

***Общее недоразвитие речи* –** сложные речевые расстройства, нарушение формирования *всех компонентов речевой системы* (фонетика, лексика, грамматика) при сохранном слухе и интеллекте. У детей с общим недоразвитием речи имеются типичные проявления, указывающие на системность нарушений речи. К ним относятся:

- более позднее начало речи: первые слова появляются только к 3–4, а иногда к 5 годам;

- речь аграмматичная и недостаточно фонетически оформлена;

- экспрессивная речь отстает от импрессивной: ребенок правильно понимает речь, но не может озвучить свои мысли;

- речь детей малопонятна.

Еще в работах Р.Е. Левиной [21] были выделены 3 уровня речевого развития при ОНР:

*I уровень* речевого развития:

- характеризуется фактическим отсутствием речи (таких детей даже называют “безречевые дети”);

- для общения такие дети пользуются “лепетными” словами, звукоподражаниями, отдельными существительными и глаголами бытового содержания, обрывками лепетных предложений. Одним и тем же словом или звукосочетанием обозначается несколько разных понятий. Например, “би-би” может означать самолет, самосвал, пароход;

- сопровождают “высказывания” мимикой и жестами.

*II уровень* речевого развития:

- частичная сформированность речи, но незначительный словарный запас (искаженные, но достаточно постоянные общеупотребительные слова); например, “лябока” вместо “яблоко”;

- грамматические формы числа, рода, падежа не выполняют смыслоразличительной функции;

- используют одно и то же слово для названия разных предметов, имеющих сходство по форме, назначению или другим признакам (например, тарелку, поднос, блюдо, кружку, стакан ребенок называет одним и тем же словом);

- аграмматичная бедная фраза (перечисление непосредственно воспринимаемых предметов и действий, ошибки при использовании предложных конструкций, отсутствие согласования слов, замена падежных окончаний);

- союзы и частицы употребляются редко.

*III уровень* речевого развития:

- характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития;

- свободное общение с использованием речи у детей крайне затруднено. Дети вступают в контакты с окружающими только в присутствии знакомых (родителей, воспитателей), вносящих соответствующие пояснения в их речь. Например, “мамой ездиля асьпак, а потом ходиля де летька, там звяна, потом асьпальки небили, потом посьли пак” вместо “С мамой ездила в зоопарк, а потом ходила, где клетка – там обезьяна. Потом в зоопарке не были. Потом пошли в парк”;

- недифференцированное произнесение звуков, замена звуков более простыми по артикуляции; сочетание нарушенного и правильного звукопроизношения;

- упрощение, сокращение, пропуски слогов в многосложных словах, дети как бы «обходят» трудные слова и выражения;

- нарушение лексической систематики, неточность употребления слов и словосочетаний, затруднения при использовании абстрактной и обобщающей лексики, в понимании и употреблении слов с переносным смыслом;

- затруднения в словообразовании и словоизменении;

- использование всех частей речи при преобладании имен существительных и глаголов в активном словаре, употребление простых грамматических форм, попытки построения сложносочиненных и сложноподчиненных предложений.

Лексические ошибки проявляются в замене слов, близких по значению («Мальчик чистит метлой двор» – вместо «Мальчик подметает метлой двор»), в смешении признаков («большой дом» вместо «высокий дом»). В грамматическом оформлении речи детей данной категории отмечаются ошибки в употреблении существительных родительного и винительного падежей множественного числа («дети увидели медведев, воронов»). Имеют место нарушения согласования прилагательных с существительными («Я раскрашиваю шарик красным фломастером и красным ручком»).

Исследования *слухового* восприятия у детей с ОНР выявили трудности восприятия неречевых стимулов, заключающиеся в отсутствии слуховых предметных образов, нарушении слухового внимания, дифференцированного восприятия бытовых шумов, звуков речи, правильного анализа ритмических структур. Выполнение заданий на восприятие и воспроизведение ритма детьми с общим недоразвитием речи свидетельствуют о трудностях слухового анализа ритмических структур. Анализ результатов исследования А.П. Вороновой [6] буквенного гнозиса показал различия между показателями группы детей с ОНР и группы детей с нормальным речевым развитием. В отличие от нормально развивающихся детей ни один ребенок с ОНР не смог правильно выполнить всю предложенную серию заданий: называние букв печатного шрифта, данных в беспорядке; нахождение букв, предъявляемых зрительно среди ряда других букв; показ букв по заданному звуку; узнавание букв в условиях зашумления; узнавание букв, изображенных пунктирно, в неправильном положении и т.д. Поэтому только отдельные дети с ОНР при поступлении в школу готовы к овладению письмом.

При описании сюжетных картинок дети с ОНР воспроизводили отдельные фрагменты ситуации, не устанавливая их взаимоотношений, в связи с этим в их рассказах отсутствовала смысловая целостность. Тексты либо в основном соответствовали изображенной ситуации, но имели место искажения смысла, пропуск в большей части смыслоразличительных звеньев, не вскрывались временные и причинно-следственные отношения.

В исследовании Т.С. Овчинниковой [10] выявлены специфические особенности воображения у детей с общим недоразвитием речи. У них наблюдается:

- снижение мотивации в деятельности;

- снижение познавательных интересов;

- бедный запас общих сведений об окружающем мире;

- отсутствие целенаправленности в деятельности; несформированность операционных компонентов;

- сложность в создании воображаемой ситуации;

- недостаточная точность предметных образов-представлений;

- непрочность связей между зрительной и вербальной сферами;

- недостаточная сформированность произвольной регуляции образной сферы.

***Системное недоразвитие речи –*** среди специалистов по изучению детской речи нет единства в понимании данного нарушения речи, и за этим понятием зачастую стоит разное содержание. В логопедии системными нарушениями речи традиционно называют алалию и афазию, то есть такие нарушения речи, при которых нарушено усвоение языка как знаковой системы или произошел распад навыков ее использования. При этих расстройствах в первую очередь страдает смысловая сторона речи, следовательно, и коммуникация в целом. Системное недоразвитие речи рассматривается как типичное у детей с интеллектуальной недостаточностью, так как в этом случае страдает речь как целостная система восприятия и порождения речевого высказывания.

***Дизартрия*** (от греч. *dis* – приставка, означающая расстройство, *arthron* – сочленение) ***–*** нарушение звуковой системы языка (звукопроизношение, просодика, голос), обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. Для дизартрии характерна ограниченная подвижность органов речи – мягкого нёба, языка, губ, вследствие чего артикулирование звуков оказывается затрудненным. Дизартрия нередко приводит к отклонениям в овладении звуковым составом слов и, как следствие, к нарушениям чтения и письма, а иногда и к общему недоразвитию речи (неполноценность словаря, грамматического оформления речи).

Устойчивость внимания у детей с дизартрией оценивается как средняя. Объем внимания оказывается сниженным по сравнению с возрастной нормой, тогда как временные параметры выполнения задания могут приближаться к ней. При дизартрии отмечается понижение кривой работоспособности к концу выполнения задания. Это свидетельствует о быстрой истощаемости процессов внимания. Однако на начальных этапах работы показатели продуктивности и врабатываемости могут быть сопоставимы с возрастной нормой.

Придизартрииэмоционально-волевые нарушения проявляются в виде нарушений эмоционально-волевой сферы, вызванных повышенной эмоциональной возбудимостью и истощаемостью нервной системы. Дети с дизартрией острее, чем их нормально развивающиеся сверстники, реагируют на сходные ситуации, тревога проявляется у них более ярко, характерны усиленные вегетативные реакции. Дизартрия чаще, чем дислалия, сочетается с неустойчивым настроением, плаксивостью.

***Ринолалия*** – нарушение звукопроизношения и тембра голоса, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого нёба. Такие нарушения звукопроизношения называли ранее гнусавостью. В отличие от дислалии при ринолалии грубо нарушается произношение всех звуков. Ринолалия делится на открытую и закрытую. При открытой форме ринолалии воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа, а при закрытой ринолалии наблюдается нарушение прохождения воздушной струи через носовую полость при аденоидах, опухолях, хронических процессах в носоглотке.

При ринолалии с наличием органического поражения ЦНС внимание нарушается в большей степени, чем при функциональных нарушениях. При ринолалии в большей степени может страдать словесно-логическое мышление. Отмечается слабость обобщения, инертность мыслительных операций, трудности в установлении причинно-следственных связей: дети не могутсамостоятельно разложить серию картинок в определенной последовательности, установить причинно-следственные связи между ними [6].

У детей с расщелинами губы и неба отмечается молчаливость, отсутствие речевой инициативы и снижение инициативы в общении и деятельности, снижение уровня принятия в коллективе сверстников. Дети с челюстно-лицевой патологией, сопровождающейся ринолалией, проходят в своем психическом развитии через множество психотравмирующих ситуаций, связанных не только с операционным лечением (страх, боль), но и с дефектом внешности. Избыточная психическая травматизация нарушает естественный ход развития ребенка [10]. На фоне сложной социальной ситуации развития у детей с челюстно-лицевой патологией отмечены явления ретардации (задержка развития отдельных психических функций) и акселерации (ускоренное развитие отдельных психических функций), а к концу подросткового периода в эмоционально-личностной сфере формируются патологические образования.

***Дисфония, афония –*** расстройство (или отсутствие) фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Синонимы: нарушение голоса, нарушение фонации, фонаторные нарушения, вокальные нарушения. При этом нарушении отсутствует звучный голос при сохранении шепотной речи. *Ринофония –* нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи.

***Брадилалия*** *–* патологическое замедление темпа речи. Брадилалия проявляется в замедленной реализации артикуляционной речевой программы и связана с преобладанием у человека тормозного процесса*.*

При брадилалии отмечается замедленность *слухового* восприятия, замедленность процессов *внимания*, трудности переключаемости, инертность, склонность к стереотипиям. *Мнестическая* *деятельность* при брадилалии характеризуются замедленностью мнестических процессов, типично также замедление процессов мышления. При *брадилалии*преобладание процессов торможения обусловливает выдвижение на первый план таких эмоциональных черт, как сочетающаяся с заторможенностью раздражительность и утомляемость. Характерна общая слабость, выступающая на фоне нарушения вегетативных функций. Аффективная неустойчивость детей при брадилалии сочетается со снижением у них настроения [6].

***Тахилалия*** *–* патологическое ускорение темпа речи. Проявляется в ускоренной ритмизации артикуляционной речевой программы и связана с преобладанием у человека процесса возбуждения. При тахилалии страдает речевое внимание, оно характеризуется неустойчивостью, повышенной переключаемостью, недостаточным объемом. У детей с нарушениями темпа речи отмечается ряд особенностей *мышления*: при тахилалии наблюдается ускорение мышления, течение мысли происходит быстрее, чем способность ее артикуляционного оформления.концентрироваться

У детей с *тахилалией* доминирование процессов возбуждения негативно сказывается не только на их речевом, но и на эмоциональном развитии. Можно отметить их вспыльчивость, капризность, повышенную возбудимость, раздражительность вплоть до аффективных вспышек, двигательное беспокойство. Нередко наблюдается поверхностность эмоций, приводящая к социальной и нравственной незрелости [6].

***Дислексия, алексия.*** С клинико-психологических позиций дислексией называют специфические нарушения чтения, основное проявление которых – стойкая избирательная неспособность овладеть навыком чтения, несмотря на достаточный для этого уровень интеллектуального (и речевого) развития, отсутствие нарушений слухового и зрительного [анализаторов](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0) и наличие оптимальных условий [обучения](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5). Основным нарушением при этом является стойкая неспособность овладеть [слогослиянием](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D1%81%D0%BB%D0%B8%D1%8F%D0%BD%D0%B8%D0%B5&action=edit&redlink=1) и автоматизированным чтением целыми словами, что нередко сопровождается недостаточным пониманием прочитанного. В основе расстройства лежат нарушения специфических [мозговых](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A6%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_(%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)&action=edit&redlink=1) процессов, составляющих [функциональный базис](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A4%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B1%D0%B0%D0%B7%D0%B8%D1%81_(%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)&action=edit&redlink=1) навыка чтения. В логопедии дислексия определяется как частичное специфическое нарушение процесса [чтения](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5), обусловленное несформированностью (нарушением) [высших психических функций](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%8B%D1%81%D1%88%D0%B8%D0%B5_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5_%D1%84%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%B8) и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера (замены, перестановки, пропуски букв), обусловленное несформированностью или расстройством психологических функций, обеспечивающих процесс чтения.

По степени выраженности выделяется: *алексия* (полная невозможность овладения чтением или его полная утрата); *дислексия* (у детей – это трудности в овладении навыком чтения, дефект его формирования, у взрослых – это расстройство навыка чтения). К основным механизмам нарушения чтения относят несформированность зрительного анализа и синтеза, недостаточность пространственных представлений, нарушение фонематического восприятия, нарушение фонематического анализа и синтеза, недоразвитие лексико-грамматического строя речи.

***Дисграфия, аграфия.*** Дисграфия – частичное расстройство процесса письма, проявляющееся в специфических и стойких ошибках, обусловленное несформированностью или нарушением психологических функций, обеспечивающих процесс письма. Дисграфия у детей – это в большинстве случаев частичное нарушение формирования и полноценного использования письма, то есть затруднения в овладении письмом. У взрослых дисграфией называется расстройство навыка письма. Принято выделять также аграфию как полную неспособность овладения письмом или его полную утрату. Степень выраженности дисграфии может быть различной: человек может допускать разные виды ошибок при письме. Как правило, к дисграфии приводят нарушения врожденного характера.

А.Н. Корнев [11] выделяет социальные и средовые факторы нарушений письменной речи: завышенный уровень требований к ребенку в отношении грамотности; раннее начало обучения грамоте; неверные методы и завышенные темпы обучения ребенка письму.

Главным критерием диагностики дисграфии принято считать наличие на письме так называемых «специфических ошибок», к которым относятся:

- пропуски букв, слогов, слов, их перестановки;

- замены и смешения букв, близких по акустико-артикуляторным характеристикам соответствующих звуков;

- смешения букв, сходных по начертанию;

- нарушения грамматического согласования и управления слов в предложении: искажения, замены, смешения букв по оптическому, артикуляторному и акустическому признакам, искажение буквенно-слоговой структуры слов (пропуски, перестановки, добавления, разрывы), нарушения структуры предложений (пропуски, разрывы, перестановки слов);

- аграмматизмы на письме.

***Заикание*** – нарушение темпо-ритмической организации, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Синоним – *логоневроз.* Заикание считается преимущественно наследственно обусловленным нарушением, но проявляется оно только при действии каких-либо стрессовых ситуаций, которые «запускают» эту обусловленность.

Под логоневрозом понимается психогенное заболевание с преимущественным нарушением речевой функции. Как отмечает М.И. Буянов, в клинической картине логоневроза сочетаются общеневротические проявления (пониженное настроение, чувство неполноценности, тревожное ожидание чего-то неприятного, сон, не приносящий чувства отдыха, с обильными сновидениями, медленное засыпание, частое просыпание, сниженный аппетит, вегетативные расстройства в виде повышенной потливости, чувства жара во всем теле), и симптомы невротического нару­шения речевой функции. На фоне общеневротических нарушений выступают признаки невротического нарушения речи, среди которых часто встречается *логофобия* – навязчивый страх речи, напряженное ожидание невозможности произнести звук, слово, фразу, предложение. Тревожное ожидание своей несостоятельности приводит к выраженному страху речи, при котором у больного фактически парализуется механизм прознесения звуков. Проявления логофобии непостоянны: в психотравмирующей ситуации она более выражена, в знакомой и спокойной ситуации может быть выражена слабо или совсем отсутствовать.

М.И. Буянов предлагает различать невротическое и неврозоподобное заикание. *Невротическое заикание* обнаруживается лишь в психотравмирующей ситуации, оно усиливается вследствие фиксации внимания пациента на своем речевом дефекте, а при отвлечении внимания нарушение плавности речи резко уменьшается или вообще исчезает.

Неврозоподобные расстройства внешне похожи на невроз, но не имеют психогенного происхождения, это же характерно и для неврозоподобного заикания. Неврозоподобный синдром вызывается органическим поражением центральной нервной системы в раннем возрасте и проявляется в виде общей слабости, утомляемости, истощаемости, повышенной психомоторной возбудимости, тиков, недержания мочи, заикания. Для детей и подростков с неврозоподобным заиканием не типичны такие явления как нарушения сна, плохое настроение, постоянное ощущение своей неполноценности, чрезмерная робость, нерешительность, застенчивость.

Патогенетической основой *неврозоподобного заикания* являются нарушения темпа речи (тахилалия и брадилалия) и нарушения звукопроизношения. Дети не переживают заикание как недостаток, не борются с ним; если окружающие заставляют человека следить за своей речью и фиксируют его внимание на речевом недостатке, то заикание резко уменьшается. Лица с неврозоподобным заиканием равнодушны к собственной речевой недостаточности, они воспринимают ее как нечто привычное, данное им с рождения.

При *заикании* отмечается своеобразная динамика состояния эмоциональной сферы в зависимости от возраста (и от стажа) заикающегося. Первые реакции ребенка на имеющееся у него заикание неосознанны, они не носят эмоциональной окраски. Но в результате многократного повторения случаев запинок в речи ребенка их восприятие сопровождается пониманием того, что он говорит не так, как все. Такое состояние детьми долго не осознается и проявляется в виде возрастающих капризов, беспокойного сна, плохого настроения [10].

Заикание вызывает особенно острое эмоциональное реагирование индивидуума на свое нарушение, и одной из причин этого является отсутствие для самого человека ясных конкретных причин его возникновения. Самостоятельные попытки преодолеть свои речевые трудности приводят не к облегчению, а к еще более видимым затруднениям и переживаниям. Неприятные переживания, связанные у заикающихся с нереализованной потребностью свободного речевого общения с окружающими, могут сопровождаться эмоциями и состояниями неудовольствия, угнетенности, подавленности, апатии, тревожности, опасения, страха, напряженности, раздражительности.

Наблюдается три варианта эмоционального отношения лиц с заиканием к своему нарушению: безразличное, умеренно-сдержанное, безнадежно-отчаянное [10]. Описаны также три варианта волевых усилий в борьбе с заиканием: 1) волевые усилия отсутствуют, 2) волевые усилия присутствуют, 3) волевые усилия присутствуют, но они могут перерастать в навязчивые действия и состояния. Первый вариант действия по преодолению появившихся речевых запинок у ребенка находятся на уровне бессознательных движений охранительного или корректирующего характера. С осознанием своего дефекта связаны впоследствии попытки преодолеть силой возникшую трудность или помеху в речевом процессе, затем начинаются поиски средств и приемов как-то облегчить свою трудную речь либо как-то скрыть, замаскировать ее от окружающих. Все это может порождать многообразные речевые эмболы («паразиты» в речи).

У заикающихся детей дошкольного возраста Г.А. Волкова [1] выявила тенденции дисгармоничного развития личности, которые выражаются в агрессивности, повышенном чувстве вины, эмоциональной ранимости, социальной незрелости, в использовании защитных видов реагирования в трудных ситуациях. По ее данным, в конфликтных ситуациях уровень аффекта у заикающихся очень высок (в 20 раз выше, чем у детей без заикания). Аффективные состояния в ответ на различные фрустрирующие факторы у них возникают гораздо чаще, чем у детей с нормальной речью. Они поддерживаются и усугубляются речевым расстройством, которые обостряются в конфликтных обстоятельствах. Аффективные состояния искажают самооценку личности заикающихся детей, препятствуют правильному реагированию на конфликт у его участников. В результате у заикающихся возникает внутреннее противоречие между желанием разрешить ситуацию и имеющимися возможностями. При неадекватно высокой самооценке стремление к самоутверждению в конфликтных ситуациях выражается чрезмерно активно, агрессивно, самоуверенно. При низкой самооценке стремление к самоутверждению в конфликтных ситуациях выражается в форме пассивного протеста, скрытой агрессии, негативизма и является защитным механизмом против страха оказаться не на уровне предъявляемых требований.

В исследовании В.А. Калягина [10] удалось установить, что чаще всего у заикающихся наблюдаются эмотивность, циклотимичность и экзальтированность, свидетельствующие об их повышенной эмоциональной возбудимости, неустойчивости.

Как считает М.И. Буянов [9], особенности личности при заикании зависят от его клинической формы (невротическое или неврозоподобное заикание). До появления заикания по невротическому типу у многих детей отмечаются такие характерологические особенности, как повышенная впечатлительность, тревожность, робость, обидчивость, колебания настроения в сторону снижения, раздражительность, плаксивость, разнообразные фобии, отмечаются трудности адаптации к новой обстановке. При особо неблагоприятном течении заикания формируется дисгармоническое развитие личности, которое проявляется в чувстве социальной неполноценности, постоянно сниженном фоне настроения. Возникает ситуационная логофобия – страх речи, говорения, которая, сочетаясь с отказом от речевого общения, может принимать генерализованные формы. Сензитивным периодом формирования логофобии является подростковый возраст. При неврозоподобном заикании личностные особенности во многом зависят от сочетания заикания с церебрастеническим или гипердинамическим синдромом. При церебрастении возможны различные варианты черт личности: от заторможенности, апатичности до раздражительности, плаксивости, занудности. Пик характерологических нарушений приходится на подростковый возраст. В основе указанных нарушений лежит устойчивое патологическое состояние, обусловленное дезорганизацией речи.

Лица с заиканием остро нуждаются в специализированной помощи логопеда, а также в психологической помощи. Психологическая помощь направлена на повышение самооценки, преодоления неуверенности в себе, формирование коммуникативного поведения и навыков саморегуляции.

### 12.5 Нарушения речи при разных видах отклоняющегося развития

В данном параграфе мы будем рассматривать вторичные нарушения речи, при которых речевая патология возникает не сама по себе, а в связи с другими нарушениями развития. В этих случаях нарушение речи не является самостоятельным нарушением, оно представляет собой следствие развития ребенка в условиях другого вида отклоняющегося развития. Кроме того, в качестве вторичных нарушений речи описываются и такие, как изменения речи в состоянии эмоционального напряжения, особенности речи при акцентуациях характера и психопатиях, при невротических расстройствах, при шизофрении, при маниакально-депрессивном психозе и других психических расстройствах [10].

При характеристике разных видов отклоняющегося развития в главах 4–11 данного учебного пособия мы рассматривали некоторые особенности развития речи в контексте закономерностей развития, специфичных для отдельных видов отклоняющегося развития. В данном параграфе мы остановимся на наиболее общих особенностях и закономерностях *развития речи у детей с разными видами отклоняющегося развития.*

***Развитие речи у детей с интеллектуальной недостаточностью.*** Изучение развития речи детей с интеллектуальной недостаточностью осуществлялось в работах В.Г. Петровой [22] и С.Я. Рубинштейн [24]. Так как при олигофрении действует закон тотальности недоразвития, то недоразвитие речи является обязательным признаком. В соответствии с законом иерархичности недоразвития страдают, в первую очередь, высшие психические функции, к которым как раз относится речь. Недоразвитие речи может быть вызвано медленно формирующимися и нестойкими условными связями в области слухового анализатора, из-за чего ребенок долго не дифференцирует звуки речи окружающих, долго не усваивает слов и словосочетаний, а звуки обращенной к нему речи воспринимает как нечленораздельные. Процесс выделения отдельных слов из речи окружающих происходит очень медленно.

Становление речи ребенка с интеллектуальной недостаточностью происходит с большим опозданием, причем отставание обнаруживается уже с первых месяцев его жизни. Это объясняется сниженным темпом развития ребенка во всех областях, нарушением образования связей между разными явлениями, что вызвано первичной недостаточностью интеллекта, сниженной познавательной активностью ребенка. Ребенок позднее и менее активно вступает в контакт со взрослыми. В возрасте одного года произносимые детьми звуковые комплексы бедны и слабо эмоционально окрашены, у них практически не выражено стремление подражать речи взрослого. Установление связей между предметом и словом у детей с интеллектуальной недостаточностью сильно запаздывает, поэтому понимание речи у них также отодвигается на более поздний срок. На протяжении долгого времени звучащая речь не привлекает внимания ребенка, поэтому он не присушивается к ней и не воспринимает ее, и начинает использовать речь значительно позже нормативных сроков. Многие дошкольники с интеллектуальной недостаточностью произносят первые слова только в 3–5 лет, и это преимущественно названия предметов бытового назначения, имена близких людей и глаголы, обозначающие часто выполняемые действия. Речевая инициатива у детей очень низкая, и они предпочитают пользоваться не словами, а жестами, мимикой, сообщая таким образом о желании получить предмет, выражая свое отношение к происходящему.

Словарный запас также имеет свои особенности. Как в пассивной, так и в активной форме в речи детей крайне мало прилагательных, наречий, причастий, деепричастий. Особенно ярко выражены нарушения фразовой речи и ее грамматического строя: у детей фраза недостаточно распространенная, фразы состоят из однообразных конструкций, в них отсутствуют сложносочиненные и сложноподчиненные конструкции.

Общение детей с интеллектуальной недостаточностью со взрослыми и сверстниками также затруднено из-за недоразвития понимания речи и собственной речи. Дети недостаточно понимают то, что им говорят, не могут ответить на заданный вопрос, они не могут сами выразить свои просьбы или задать вопрос. В условиях знакомых житейских ситуаций дети могут пользоваться заученными словами и фразами, но новая непривычная ситуация ставит ребенка в тупик, и он обнаруживает свою несостоятельность.

В процессе школьного обучения дети с интеллектуальной недостаточностью еще в большей степени обнаруживают затруднения в понимании речи и в ее использовании. У детей отмечаются нарушения звукопроизношения, поэтому их речь малопонятна для окружающих, что приводит к снижению круга общения, к отвержению детей сверстниками. Словарный запас младших школьников беден, он по-прежнему состоит из существительных и глаголов, в речи редко встречаются прилагательные и предлоги. Но слова, которыми пользуются дети, не всегда употребляются в точном значении, часто это слова с чрезмерно широкими обобщениями (туфли – это все виды обуви), в других случаях значение слова вообще не выполняет обобщающей функции, и слово является лишь «кличкой» только для одного предмета или человека. Такая функция слова является типичной для нормально развивающегося ребенка в возрасте полутора-двух лет.

Разрыв между пассивным и активным словарем очень большой, значительно больше, чем в норме или при задержке психического развития, Дети понимают гораздо больше слов, чем могут ими пользоваться. Дети с интеллектуальной недостаточностью плохо различают сходные звуки, особенно согласные, поэтому принимают одни слова за другие и не могут точно воспринять смысл слышимой информации (бочка=почка, бетон=бидон и т.п.). Из-за слабости фонематического анализа ребенок плохо различает на слух окончания слов, что препятствует усвоению грамматических форм (молоток=молотком=молотку=молотка).

Первые скудные фразы могут появиться у детей с интеллектуальной недостаточностью только к 5–6 годам. Дети пользуются упрощенными предложениями, которые состоят из 1–4 слов, имеют довольно примитивное строение, построены с отклонениями от норм родного языка по произношению, составу слова, грамматике. В период школьного обучения словарный запас возрастает за счет обогащения опыта ребенка, однако связная речь остается такой же бедной. Школьники с интеллектуальной недостаточностью затрудняются в понимании логико-грамматических конструкций, поэтому им недоступно понимание связей и отношений между предметами, отношения между людьми, обобщенные представления и понятия. Однако у детей продолжает развиваться диалогическая речь, и они могут вступать в простой диалог, вести осмысленную беседу, оставаясь на уровне бытовой тематики общения.

Процесс овладения чтением и письмом, связной речью у детей школьного возраста с интеллектуальной недостаточностью также происходит с большим опозданием и характеризуется серьезными трудностями. Эти трудности обнаруживаются в звукобуквенном анализе слов, в ошибках написания слов, в составлении рассказов и пересказов. При обучении письму и чтению обнаруживаются нарушения зрительного восприятия и пространственной ориентировки, так как дети с трудом различают начертания сходных букв, у них часто наблюдается зеркальное изображение букв. Связная речь школьников отличается бедностью и ситуативностью, изложение событий осуществляется неточно и непоследовательно, основываясь на побочных ассоциациях.

У детей с интеллектуальной недостаточностью речь фактически не выполняет регулирующую функцию, они не воспринимают и не выполняют указаний взрослых или делают это неточно и неполно, тем более они не могут регулировать с помощью речи свое собственное поведение. Причем с возрастом речь так и не начинает выполнять регулирующие функции, особенно функции саморегуляции.

*Таким образом, важнейшей характристикой речи детей с интеллектуальной недостаточностью является затруднение в формировании обобщающей функции речи и вербальное (речевое) опосредствование их деятельности.*

Речь *детей с* *эпилепсией* (поврежденное развитие, приобретенная интеллектуальная недостаточность) весьма своеобразна. Вначале их речь очень сходна с речью детей с интеллектуальной недостаточностью. Но постепенно речь становится вязкой, тягучей, дети склонны к повторению одних и тех же слов и речевых оборотов, их рассказы изобилуют ненужными подробностями (это называется детализацией). Дети с эпилепсией часто используют также уменьшительно-ласкательные суффиксы («ручечка», «карандашичек»).

Развитие речи *у детей с гидроцефалией* отличается своеобразием. Иногда наблюдается обманчивое, как будто бы очень хорошее развитие речи, которое создает иллюзию нормального интеллектуального развития ребенка. Ребенок говорит много, в речи у него развернутые фразы, зачастую грамматически правильно оформленные. Словарный запас поражает своим изобилием, дети запоминают и употребляют сложные слова, научные термины. Рассуждения таких детей носят развернутый, поучительный характер, что может быть обозначено как явление резонерства. Однако речь детей в таких случаях неосмысленная, «пустая», она основана на хорошей механической памяти, с помощью которой ребенок автоматически запоминает фразы, их сочетание, но при попытках выяснить, что ребенок понимает из сказанного, можно убедиться, что понимание смысла фактически отсутствует.

***Развитие речи у детей с задержанным психическим развитием.*** У детей с ЗПР речевая патология обнаруживается в 75–95% случаев: в структуре нарушений речи преобладают дефекты звукопроизношения (95%), лексико-грамматические нарушения (32%), множественные ошибки при составлении предложений (60%) [10]. Исследование Е.С. Слепович [25] специально было посвящено выявлению особенностей речи детей дошкольного возраста с задержкой психического развития. Установлено, что, хотя бытовая речь таких детей мало отличается от речи нормально развивающихся детей, у них наблюдаются существенные нарушения звукопроизношения, словарного запаса, грамматического строя, то есть всех сторон речи. Детям трудно дается звуковой анализ слов, они недостаточно владеют звуковым образом слова и допускают ошибки при последовательном выделении звуков в слове. Словарный запас у детей недостаточно богат, особенно это заметно по активному словарю. У нормально развивающихся детей такое расхождение значительно меньше. Дети с задержкой развития испытывают также трудности при активизации словарного запаса. Особенно сложно дается им употребление прилагательных (например, при описании предметов нормально развивающиеся дети использовали в среднем 3,2 прилагательных, а дети с задержкой психического развития – 2,3 прилагательных). Описание даже простой картинки для детей с задержкой психического развития представляет определенную трудность: дети просто перечисляют изображенные на картинке предметы, их речь при перечислении изобилует аграмматизмами. В словаре у детей ограничен запас слов, которые обозначают и конкретизируют обобщенные понятия, раскрывают их во всей полноте и многообразии. Дети употребляют некоторые слова неточно, смешивают при употреблении сходные по произношению слова, отличающиеся одним-двумя звуками. Дети испытывают трудности в понимании сложных речевых оборотов, логико-грамматических конструкций, хотя при этом понимают простую фразу.

Особенно очевидным является тот факт, что для детей с ЗПР особенно характерна недостаточность монологической речи, то есть умение составить рассказ на заданную тему, описать картинку, рассказать последовательно о событии. При анализе устных сочинений детей на заданную тему обнаружились следующие особенности: в сочинениях дети быстро соскальзывали с одной темы на другую, более знакомую и легкую, в рассказ часто привносились побочные ассоциации и инертные стереотипы, часто повторялись одни и те же мысли, одни и те же фразы и слова, дети постоянно возвращались к одной и той же фразе.

Таким образом, особенности развития речи детей с задержанным психическим развитием свидетельствуют, во-первых, об общей закономерности развития таких детей, а именно, о снижении уровня развития всех психических процессов. Во-вторых, прослеживается тесная связь развития речи и мышления у детей с данным видом отклоняющегося развития: недоразвитие речи приводит к недоразвитию словесно-логического мышления.

***Развитие речи у детей с нарушениями зрения.*** Развитие речи детей с нарушениями зрения уже в раннем возрасте отражает недостаточность зрительного опыта, хотя у незрячих детей при нормальном развитии интеллекта и отсутствии органических поражений речевых центров речь развивается примерно в те же сроки, что и у зрячих.

Речь взрослого привлекает внимание незрячего ребенка к обследованию предметов и тем самым создает прочные связи между словом и осязаемым предметом, расширяется также круг понимаемых речевых ситуаций. Уже в начале второго полугодия жизни он начинает искать источник звука, тянет к нему руки. Постепенно слово начинает связываться с конкретным предметом, но значительно позднее, с появлением у ребенка представлений, когда он становится способным понять слово без наличия предмета. К полутора годам ребенок знает названия ограниченного круга окружающих предметов, действий с ними и названия отдельных качеств предметов, может их оценить.

В десять-одиннадцать месяцев незрячий ребенок уже способен повторить за взрослым новые звуки, а потом и новые слова, сопровождая ими действия. Словарный запас детей раннего возраста не отличается по объему от словарного запаса нормально развивающихся детей (например, в возрасте 1 года, 1,5 лет, 3 лет). Незрячий ребенок, подражая взрослому, овладевает огромным запасом слов и целых предложений, не всегда понятных ему по содержанию из-за отсутствия подкрепления зрительным опытом. Повторение и употребление слов с пока непонятными значениями не смущает незрячего ребенка, так как в ответ на их употребление он получает эмоциональный отклик со стороны взрослого. Это является стимулом для дальнейшего накопления даже формального словаря, который он может употреблять в определенной ситуации и который является для него средством активного общения со взрослым. На третьем году жизни ребенок уже может выполнять простейшие поручения взрослого типа: «Подойди ко мне», «Положи куклу…».

В развитии речи словарный запас и грамматический строй речи обычно не страдает. Но возникает неизбежный разрыв между чувственным восприятием предметов и явлений и их обозначением с помощью слов, то есть между словом и образом. В результате типичным для детей является *«вербализм»*, то есть использование слов и словесных выражений, не наполненных чувственной тканью. Речь для детей все больше выполняет компенсаторную функцию, так как с помощью речи дети восполняют недостаток впечатлений и информации об окружающем. Наблюдается также разрыв между словесным и практическим планами действия ребенка, когда выполняемое действие и его обозначение в речи не соответствуют друг другу. У незрячих и слабовидящих детей существенно страдает звукопроизношение и мимическое сопровождение речевого высказывания, так как дети при произнесении звуков ориентируются только на их слуховой образ и не ориентируются на зрительный и кинестетический образы произносимых звуков. Дети не видят лицо другого человека, движения его губ и языка, поэтому среди незрячих детей дошкольного и младшего школьного возрастов распространено нарушение звукопроизношения.

***Развитие речи у детей с нарушением слуха.*** Дети с нарушением слуха испытывают серьезные трудности в овладении речью. В первую очередь это связано с трудностями восприятия звучащей речи на слух, которые затем приводят к трудностям овладения собственной речью. Такие дети овладевают словесной речью другими, обходными путями, по сравнению с детьми с сохранным слухом. Для овладения речью дети с нарушением слуха нуждаются в условиях специального обучения.

У слабослышащих детей развитие речи в первые годы жизни происходит по обычным законам, и окружающие не всегда могут распознать у них снижение слуха. Основные проблемы в развитии речи у детей возникаютуже к трем годам, но особые трудности они испытывают, когда они начинают школьное обучение, овладевают чтением и письмом. Подробнее об этом написано в параграфе 12.3.1.

Развитие речи неслышащих детей с самого начала происходит другими путями, по сравнению с детьми с нормальным слухом. Дети при овладении речью опираются на зрительное восприятие, подкрепленное кинестетическими ощущениями. Неслышащие дети не имеют возможности воспринимать на слух образцы речи, речевую интонацию, подражание которым определяет речевое развитие слышащего ребенка, так как оно контролируется слухом.

Ж.И. Шиф [31] выделяет четыре психологических условия, определяющих особенности формирования словесной речи у неслышащих детей.

*1.* *Особые сенсорные основы формирования первичных образов слов.* Если у слышащих первичным образом слова является слуховой, то у неслышащих – зрительный образ, подкрепляемый двигательными ощущениями (написанное, дактилируемое или артикулируемое слово). У детей с нарушением слуха зрительное восприятие слов («глобальное чтение»), написанных на табличках, начинается с нерасчлененного восприятия и узнавания табличек (сначала – по цвету, фактуре, позднее – по первой букве слова). Эти таблички педагог соотносит с определенными предметами и действиями, т.е. благодаря зрительному восприятию слов у неслышащих детей закладываются представления об их сигнальных функциях и фонетическом строе. Для неслышащих детей зрительное восприятие слов – первый этап знакомства с языком.

*2.* *Другой порядок анализа речевого материала.* Овладевая речью, слышащий ребенок схватывает фонетический образ слова, делит его на слоги, потом на «азбучные звуки». Умение выделить слово из речевого потока у слышащего ребенка появляется гораздо позднее, чем умение говорить. Точный фонетический анализ состава слова достигается еще позднее – при обучении грамоте. Дискретность слов легче воспринимается на глаз, чем на слух. У неслышащих детей знакомство со словом начинается с его зрительного восприятия. При обучении устной речи на определенном уровне овладения звукопроизношением у них появляется послоговое членение слов. Таким образом, у неслышащего ребенка, воспринимающего слово побуквенно, который обучается произносить его по слогам, зрительное восприятие должно попасть под влияние двигательных компонентов речи.

*3.* *Другие по сравнению со слышащими детьми типы грамматических преобразований*, причиной чего является иная сенсорная основа овладения речью. Звучащее слово воспринимается слышащими как единое целое, в случае преобразований оно часто начинает звучать по-другому (например, изменяется ударение). Неслышащими детьми образ слова воспринимается зрительно, и его преобразования представляются чисто «внешними».

*4.* *Своеобразные и неблагоприятные условия формирования речедвигательных навыков.* Произносительная сторона речи находится в наиболее тесной зависимости от нарушений слуха, и ее формирование осуществляется крайне сложно. Характер речевых ошибок меняется в зависимости от стадии овладения речью. На ранних этапах ее усвоения неслышащие 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 грубых ошибок уменьшается, но сохраняются ошибки, связанные с различением более тонких признаков системы языка (например, категорий рода и числа).

К старшему школьному возрасту у неслышащих детей сохраняются ошибки, связанные с усвоением законов сочетания слов (согласования и управления). В одних случаях они зависят от особенностей сенсорного опыта неслышащих детей, в других – от своеобразия развития их мышления, в третьих – от трудностей познания природы языка.

Важной особенностью психического развития неслышащих детей, и особенно их речевого развития, является то, что они почти одновременно овладевают несколькими видами речи – словесной (устной и письменной), дактильной и жестовой (см. об этом в главе 12).

***Развитие речи у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.*** У детей с детским церебральным параличом отмечаются различные нарушения речи. По данным Е.М. Мастюковой [17], от 70% до 85% детей с ДЦП имеют нарушения речи.

Речевые нарушения у детей с ДЦП наблюдаются уже на первом году жизни. Так, у детей нарушены сосательные функции, глотание, дыхание и крик. Проявляются или усиливаются рефлексы орального автоматизма, что приводит к нарушениям движений языка и губ за счет изменений мышечного тонуса и гиперкинезов. Запаздывание сроков появления основных движений (контроль головы, ползание, хватание) также приводят к запаздыванию речи у детей.

Нарушения понимания речи и собственного речевого высказывания могут быть обусловлены органическим поражением центральной нервной системы (дизартрии разного типа, моторная и сенсорная алалия, дисграфия). Встречаются также функциональные речевые расстройства вследствие специфических условий развития и воспитания ребенка. Особенности структуры нарушений речи и степень их выраженности зависят прежде всего от локализации и тяжести поражения мозга. Нарушение речевого развития связано со вторичной недостаточностью предметно-практической деятельности детей вследствие их двигательной недостаточности, а также с ограниченностью круга их общения. Наиболее типичным речевым нарушением при ДЦП является дизартрия как следствие поражения разных отделов речедвигательного аппарата (корковые и подкорковые нарушения двигательных функций, нарушения иннервации мышц речевого аппарата).

К дизартрическим расстройствам относятся не только нарушение звукопроизношения, но и расстройство артикуляции, голосообразования, темпа, ритма и интонации речи (Э.С. Калижнюк, Е.М. Мастюкова, Л.М. Шипицына). Взаимосвязь нарушений общей и речевой моторики проявляется в том, что тяжесть нарушений артикуляции соответствует тяжести нарушения движений в целом, и особенно движений рук. Поэтому наиболее тяжелые нарушения артикуляции наблюдаются у детей с поражением верхних конечностей.

Выделяются несколько форм дизартрии при ДЦП, которые связаны с формами детского церебрального паралича. При спастической диплегии в 80% случаев наблюдается *псевдобульбарная дизартрия.* При легкой степени дизартрии экспрессивная речь у детей внятная, но с нечетким произношением отдельных звуков. У детей со средней степенью дизартрии искажено произношение одной трети звуков, спастичность наблюдается во всех отделах артикуляционного аппарата, присутствуют синкинезии в мимической мускулатуре. При тяжелой степени этой дизартрии экспрессивная речь невнятная, состоит из отдельных слов, фразы нет, произношение большинства звуков искажено. Речь ребенка обычно взрывчатая, она прерывается длительными паузами из-за чрезмерного напряжения мышц и резких спазмов. В самых тяжелых случаях ребенок вообще не может управлять артикуляционным аппаратом, и у него наблюдается *анартрия* (полное отсутствие экспрессивной речи).

При гиперкинетической форме ДЦП у детей наблюдается и *гиперкинетическая, или экстрапирамидная, форма дизартрии.* Эта форма связана с поражением подкорковых отделов головного мозга. У детей нарушена общая и артикуляторная моторика, что обусловлено мышечной дистонией, наличием непроизвольных насильственных движений, отсутствием эмоциональной выразительности речевого акта. Отмечается выраженная недостаточность просодического компонента речи. Речедвигательные расстройства усиливаются за счет наличия тонических спазмов, которые могут распространяться на артикуляционную и дыхательную мускулатуру и на мышцы гортани, обусловливая расстройства голосообразования и дыхания. Речь у таких детей толчкообразная, с голосовыми и дыхательными спазмами, с отсутствием дифференцированных движений губ и языка. Голос у ребенка может периодически пропадать, что связано с гиперкинезом голосовых связок. Если голосовая струя попадает в носовую полость при гиперкинезах мягкого нёба, то произношение будет с носовым оттенком.

Гиперкинетическая форма ДЦП часто сочетается с нарушением слуха, поэтому в этих случаях у детей может наблюдаться и нарушение понимания речи, типичное для слабослышания.

При атонически-астатической форме ДЦП наблюдается поражение мозжечка, при котором нарушаются связи мозжечка с отделами переднего мозга. Поэтому при этой форме ДЦП диагностируется *мозжечковая дизартрия*. Ведущим расстройством при мозжечковой дизартрии является грубое нарушение интонационного оформления речи и ее монотонность.

У детей с ДЦП типичными являются различные формы нарушений письма, то есть дисграфии. Нарушения письма объясняются нарушением движений рук, кинестетической чувствительности рук, а также оптических нарушений, что приводит к трудностям различения и запоминания букв.

Обобщенные данные о речевых нарушениях у детей с ДЦП представлены в работе Л.М. Шипицыной и И.И. Мамайчук [30]. Они утверждают, что речевые нарушения при ДЦП включают:

- фонетико-фонематические, которые проявляются в рамках разных форм дизартрии;

- специфические особенности усвоения лексической системы языка;

- нарушения грамматического строя речи, которые связаны с лексическими и фонетико-фонематическими расстройствами;

- нарушения формирования связной речи и понимания речевого сообщения;

- все формы дисграфии и дислексии, обусловленные несформированностью зрительно-моторных и оптико-пространственных систем.

***Развитие речи у детей с аутистическими нарушениями.*** Речевое развитие детей с аутизмом подчиняется общим законам искаженного развития. Искаженное развитие является результатом снижения потребности и возможностей ребенка в общении с окружающими. Основной характеристикой речевого развития при аутизме является выраженное снижение коммуникативной функции речи, причем это наблюдается уже на первом году жизни. Классическая триада симптомов при аутизме, описанная Л. Каннером, в качестве одного из симптомов включает «своеобразные нарушения речи». Речь ребенка с аутизмом развивается изолированно, сама по себе, вне коммуникативной ситуации.

На первом году жизни ребенок с аутизмом, как и обычный ребенок, издает отдельные звуки, однако его вокализации не обращены к другому человеку, ребенок не выражает с помощью речи свои потребности и желания. При этом он может многократно произносить определенные звуки, забавляясь ими, слушая собственные звуки, и это даже может стать одной из стереотипных форм поведения. Такое же отношение к речи наблюдается и в более старшем возрасте. В раннем и дошкольном возрастах ребенок многократно повторяет на разный манер слова, фразы, его привлекают сложные и интересные по звучанию слова. Но в общении с окружающими или при выполнении какой-то деятельности он использует крайне примитивный набор слов или фраз. Ребенок испытывает пристрастие к рифмам, стихам, чтению, может постоянно повторять одни и те же стихи или отрывки текстов, явно наслаждаясь этим процессом. «При общем нарушении развития целенаправленной коммуникативной речи возможно увлечение отдельными речевыми формами, постоянная игра звуками, слогами и словами, рифмование, пение, коверканье слов, декламация стихов» [19, с. 34]. Речь становится предметом аутостимуляции, развиваются речевые стереотипы. Для детей с аутизмом типичной становится «эхолалия» – буквальное повторение речевых высказываний, как правило, вне ситуации общения и деятельности, по содержанию эхолалия не связана с ситуацией, с тем, что ребенок делает.

Проблема речевого диагноза при аутистических нарушениях является очень сложной и спорной. Настолько оригинальным является путь развития речи у детей с аутизмом, а сама речь является настолько своеобразной, что ее особенности можно соотнести с каким-то речевым диагнозом только с определенной степенью приближения, скорее даже условно.

***Мутизм, элективный мутизм******–***невротическое нарушение речи, отсутствие ответной и/или спонтанной речи при сохранении способности разговаривать и понимать речь окружающих; отказ от речевого общения. Мутизм является редкой патологией, которая встречается только в детском возрасте, ему подвержены чаще всего дети дошкольного и младшего школьного возрастов, а после 9 лет мутизм как самостоятельное расстройство практически не встречается. Некоторые авторы используют также название «избирательный мутизм», или «элективный мутизм». Этими терминами обозначается факт избирательного исчезновения речи: ребенок может не разговаривать в общении с некоторыми людьми, сохраняя речевое общение с людьми другого круга, например, с близкими взрослыми. Некоторые исследователи используют термин «психогенный мутизм», предполагая, что мутизм обусловлен психологическими факторами.

Для мутизма характерно следующие особенности:

- возникновение нарушения речевой коммуникации после периода нормального общения с окружающими (то есть ребенок перестает говорить и начинает молчать);

- отсутствие глобальных нарушений поведения, моторики и мимики (ребенок может выражать взглядом и жестом свои желания);

- мутизм имеет избирательный характер, связанный с определенной ситуацией или человеком;

- частое сочетание мутизма с задержкой речевого и умственного развития;

- в семьях детей обнаруживаются длительные и напряженные конфликты, отрицательный психологический климат.

Помощь при мутизме должна быть комплексной, включая психологическую или психотерапевтическую помощь. К коррекции такого расстройства необходимо подходить, прежде всего, с позиций невротических расстройств (см. об этом также в главе 13).

### 12.6 Психологические основы помощи детям с нарушениями речи

Нарушения речи представляют собой целый комплекс симптомов, которые приводят к особой социальной ситуации развития ребенка. В жизни ребенка возникают проблемы разного уровня: когнитивные, коммуникативные, эмоциональные, психосоматические, социальные. Особые сложности возникают у детей в сфере отношений с другими людьми, как взрослыми, так и сверстниками, потому что у детей нарушается целостная коммуникативно-речевая деятельность. Так как социальное взаимодействие у них осуществляется недостаточно успешно из-за речевых нарушений, дети регулярно испытывают состояния фрустрации. Это приводит к недостаточной социальной успешности, низкому социальному статусу, социальной дезадаптации.

В этой связи А.Н. Корнев [11] полагает, что оказание помощи ребенку с недоразвитием речи нельзя сводить только к логопедической помощи. Следует формировать у ребенка широкий круг способностей, необходимых для нормальной жизнедеятельности, то есть осуществлять комплексную помощь. Главной целью такой помощи является повышение уровня адаптированности детей, что достигается за счет опоры на сохранные функции, формирование коммуникативных навыков с учетом сохранных возможностей ребенка, создания дополнительных средств коммуникации и активного использования невербальных форм мышления. Автор определяет основные принципы оказания помощи детям с нарушениями речи:

- принцип комплексности – организация помощи одновременно в нескольких направлениях;

- принцип природосообразности – следование естественным закономерностям овладения языком и речью;

- деятельностный принцип – использование естественно мотивированных форм коммуникативно-речевой деятельности;

- принцип системности – учет взаимосвязи между когнитивными, языковыми и собственно речевыми механизмами в процессе речепроизводства;

- принцип избирательности – выбор значимых коррекционно-развивающих мишеней и реализация коррекционно-развивающих технологий;

- принцип выбора психологически оптимальной коррекционной стратегии с учетом природы, механизмов и тяжести недоразвития речи.

А.И. Корнев определяет три основных направления по психологическому сопровождению ребенка с нарушениями речи [11]:

1. психологическое консультирование родителей;
2. психологическая помощь ребенку;
3. консультирование педагогов, работающих с детьми.

*Психологическое консультирование родителей* должно быть направлено на формирование адекватной родительской позиции в отношении такого недостатка, как отставание в речевом и коммуникативном развитии, а также на помощь родителям в выборе адекватного стиля их коммуникативного поведения по отношению к ребенку для создания оптимальных условий компенсации отклонений в развитии. Психолог должен формировать у родителей готовность к пониманию и поддержке своего ребенка с речевым нарушением, способствовать формированию у родителей открытой позиции в общении с ребенком.

Содержание *психологической помощи ребенку* определяется психологическими особенностями дизонтогенеза, характером симптоматики, формой нарушения речи. Основными задачами когнитивно-ориентированной психологической помощи ребенку будет коррекция и развитие отстающих в развитии функций (внимание, в том числе слуховое, наглядно-образное мышление, понятийное мышление, конкретные формы гнозиса и праксиса).

Психологическая помощь, ориентированная на эмоциональные и коммуникативные проблемы, направлена на уменьшение фрустрационной уязвимости ребенка, на повышение его статуса в группе сверстников, формирование коммуникативных умений. Необходимость данного вида помощи определяется тем, что у детей с нарушениями речи наблюдаются различные проблемы формирования личности предневротического и невротического характера.

*Психологическое консультирование педагогов* направлено на решение следующих задач. Во-первых, обучение приемам коррекционной работы в рамках образовательного процесса; во-вторых, создание в детском коллективе психологически комфортной среды, атмосферы поддержки и принятия ребенка с речевым нарушением.

Авторские модели оказания психологической помощи детям с нарушениями речи описаны Г.А. Волковой [1], Т.Н. Волковской [2], О.Г. Усановой [28], М.К Шохор-Троцкой [32].

### 12.7 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания

1. Какие функции выполняет речь? Какие виды речи реализуют эти функции?
2. Определите общие закономерности речевого развития детей в норме.
3. Как можно объяснить тот факт, что дети с нарушениями речи составляют большинство среди всех других видов нарушений развития?
4. В чем различие понятий «вид отклоняющегося развития» и «вид нарушений речи»? Как соотносятся между собой эти понятия?
5. Что понимается под первичными и вторичными нарушениями речи?
6. Какие анатомо-физиологические структуры человека отвечают за речевые функции?
7. Каковы этапы и механизмы порождения и понимания речевого высказывания?
8. Какие классификации нарушений речи вы знаете? По каким критериям построены эти классификации?
9. В чем отличие алалии и афазии?
10. Как соотносятся между собой такие нарушения речи, как «алалия» и «общее недоразвитие речи»?
11. Как вы понимаете, что такое «системное недоразвитие речи»?
12. Почему при детском церебральном параличе чаще всего наблюдается такое нарушение речи как дизартрия?
13. В чем своеобразие речевого развития ребенка с аутистическими нарушениями?
14. Объясните, почему при интеллектуальной недостаточности не выставляется диагноз дислалии?
15. По каким признакам можно отличить:

а) ребенка с нарушением слуха от ребенка с сенсорной алалией?

б) ребенка с задержанным психическим развитием от ребенка с общим недоразвитием речи?

в) ребенка с мутизмом от ребенка с моторной алалией?

***Практическое задание № 1.*** Познакомьтесь с описанием категорий F80 (Специфические расстройства развития речи) и F81 (Специфические расстройства развития школьных навыков) в «Классификации психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10» [18, с. 251–271]. Сравните данные классификации речевых расстройств с клинико-педагогической и психолого-педагогической классификациями, описанными в данном разделе.

### 

### 12.8 Библиография по теме «Дети с нарушениями речи»

1. Волкова, Г.А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников / Г.А. Волкова. – СПб. : Детство-Пресс, 2003. – 240 с.
2. Волковская, Т.Н. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи / Т.Н. Волковская, Г.Х. Юсупова. – М. : Книголюб, 2004. – 104 с.
3. Волковская, Т.Н. К вопросу о концептуальных основах логопсихологии / Т.Н. Волковская // Культурно-историческая психология. – 2008. – № 3. – С. 3–10.
4. Выготский, Л.С. Избранные психологические исследования / Л.С. Выготский. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1956. – 519 с.
5. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи / А.Н. Гвоздев. – М. : Детство-Пресс, 2007. – 472 с.
6. Денисова, О.А. Детская логопсихология / О.А. Денисова, В.Н. Поникарова, Т.В. Захарова ; под ред. В.И. Селиверстова. – М. : Владос, 2010. – 176 с.
7. Жинкин, Н.И. Речь как проводник информации / Н.И. Жинкин. – М. : Наука, 1982. – 157 с.
8. Жукова, Н.С. Логопедия / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. – Екатеринбург : АРТ ЛДТ, 1998. – 320 с.
9. Заиканиеу подростков: Из опыта работы : книга для логопеда / М.И. Буянов [и др.] – М.: Просвеще­ние, 1989. – 175 с.
10. Калягин, В.А. Логопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – М. : Академия, 2006. – 320 с.
11. Корнев, А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А.И. Корнев. – СПб. : Речь, 2006. – 380 с.
12. Косякова, О.О. Логопсихология / О.О. Косякова. – Ростов н/Д : Феникс, 2007. – 254 с.
13. Лауткина, С.В. Логопсихология / С.В. Лауткина. – Витебск : Изд-во ВГУ им. П.М. Машерова, 2007. – 150 с.
14. Логопедия : учеб. для студентов дефектол. фак-тов. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М. : ВЛАДОС, 2002. – 680 с.
15. Лубовский, В.И. Терминологические проблемы специальной психологии и специальной педагогики / В.И. Лубовский, С.М. Валявко // Культурно-историческая психология. – 2010. – № 1. – С. 50–55.
16. Лурия, А.Р. Основные проблемы нейролингвистики / А.Р. Лурия. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1975. – 254 с.
17. Мастюкова, Е.М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова. – М. : Просвещение, 1985. – 170 с.
18. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 / Всемирная организация здравоохранения ; пер. на русск. язык О.Ю. Донец; н. ред. и предисл. А.Н. Моховикова ; вступ. статья А.А. Северного. – М. : Смысл; СПб. : Речь, 2003. – 407 с.
19. Никольская, О.С. Аутичный ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – Изд. 4-е. – М. : Теревинф, 2005. – 288 с.
20. Обуховская, А.Ю. Особенности коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков: дис. … на соискание ученой степени канд. пед. наук / А.Ю. Обуховская. – СПб., 2009. – 173 с.
21. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р.Е. Левиной. – М. : Просвещение, 1967. – 366 с.
22. Петрова, В.Г. Развитие речи учащихся вспомогательной школы / В.Г. Петрова. – М. : Педагогика, 1977. – 200 с.
23. Поваляева, М.А. Справочник логопеда / М.А. Поваляева. – Ростов н/Д : Феникс, 2002. – 448 с.
24. Рубинштейн, С. Я. Психология умственно отсталого школьника : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. / С.Я. Рубинштейн. – М. : Просвещение, 1986. – 192 с.
25. Слепович, Е.С. Формирование речи у дошкольников с задержкой психического развития: книга для учителя / Е.С. Слепович. – 2-е изд., доп. – Минск : Народная Асвета, 1989. – 62 с.
26. Трефилова, Т.Н. Изучение онтогенеза речи в российской психологии (80-е гг. XIX в. – 20-е гг. XX в.) / Т.Н. Трефилова // Вопросы психологии. – 1997. – № 5. – С. 101–117.
27. Трошин, О.В. Логопсихология / О.В. Трошин, Е.В. Жулина. – М. : Сфера, 2005. – 256 с.
28. Усанова, О.Н. Специальная психология. Система психологического изучения аномальных детей: учеб. пособие для студентов / О.Н. Усанова. – М. : МГПИ им. В.И. Ленина, 1990. – 201 с.
29. Чиркина, Г.В. Основные направления совершенствования системы дошкольной логопедической помощи / Г.В. Чиркина, Е.Л. Черкасова // Дефектология. – 2009. – № 1. – С. 23–32.
30. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – М. : Владос, 2004. – 368 с.
31. Шиф, Ж.И. Усвоение языка и развитие мышления у глухих детей / Ж.И. Шиф. – М. : Просвещение, 1968. – 169 с.
32. Шохор-Троцкая, М.К. Речь и афазия / М.К. Шохор-Троцкая. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 416 с.
33. Эльконин, Д.Б. Детская психология / Д.Б. Эльконин. – М. : Академия, 2007. – 384 с.

# Глава 13 Дисгармоническое психическое развитие: дети с эмоциональными нарушениями

***Основные понятия.*** *Эмоциональное благополучие/неблагополучие,**психопатия,**детские психопатии, патологические развития личности, патохарактерологическое развитие личности, нарушения темпа полового созревания, невропатия, предневротические состояния, детские неврозы, неврастения, невроз страха, невроз навязчивых состояний, истерический невроз, энурез, энкопрез, логоневроз, патологические привычные действия.*

**Содержание**

13.1 Общая характеристика дисгармонического психического развития.

13.2 Психологическая характеристика психопатий.

13.3 Патологические формирования личности.

13.4 Нарушения темпа полового созревания.

13.5 Психологическая характеристика неврозов у детей и невротическое развитие личности.

13.6 Психологическая основы помощи детям при дисгармоническом психическом развитии.

13.7 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания.

13.8 Библиография по теме «Дисгармоническое психическое развитие: дети с эмоциональными нарушениями».

### 13.1 Общая характеристика дисгармонического психического развития

Согласно классификации В.В. Лебединского [8], основной характеристикой дисгармонического развития является не текущий болезненный процесс, а врожденная либо приобретенная в детском возрасте стойкая диспропорциональность психики, преимущественно выраженная в эмоционально-волевой сфере. Эта диспропорциональность приводит к формированию вариантов патологической личности, для которой характерна неадекватная реакция на внешние раздражители, вследствие чего нарушается поведение и затрудняется активная приспособляемость к окружающей среде. Таким образом, отклонения в развитии касаются в первую очередь эмоциональной-волевой и мотивационной сферы при том, что интеллектуальное развитие остается в общем сохранным. Основой дисгармонического развития являются нарушения эмоциональной регуляции.

Моделью дисгармонического развития В.В. Лебединский предлагает считать *психопатии и патологические формирования личности*. Понятие патологического развития ввел личности еще психиатр П.Б. Ганнушкин, который определял его как стойкое изменение личности, возникающее в результате фиксации ряда патологических психогенных реакций. П.Б. Ганнушкин выделил конституционный и ситуационный типы патологического развития личности. При конституционном типе патологического развития личности ведущая роль в ее генезе принадлежит врожденным особенностям конституции личности, а при ситуационном типе патологического развития личности – характеру психотравмирующей ситуации. Таким образом, подчеркивалось, что патологическое развитие личности возможно и при отсутствии исходной психопатической основы.

*Патологическим развитием личности* называется этап формирования личности в патологическом направлении, который предшествует появлению стойкой приобретенной психопатии.

Применительно к детям и подросткам для обозначения их ситуационных патохарактерологических реакций уже в середине ХХ века начал использоваться термин ***«психогенные патологические формирования личности».*** Этиология этих нарушений разнообразна, но к основным факторам относят хронические психотравмирующие ситуации и неправильное воспитание ребенка. В качестве предрасполагающих факторов выделяют акцентуированные черты характера, резидуальную церебро-органическую недостаточность, дисгармонически протекающий подростковый период, особенно при наличии ускоренного или замедленного темпа полового созревания, а к средовым источникам относят неблагоприятный психологический климат в семье и трудности школьной адаптации. Детские психиатры выделяют несколько типов психогенных патологических формирований личности [6]:

1. патохарактерологическое формирование личности – этап развития личности в направлении стойкой психопатии, предшествующий ее оформлению;
2. постреактивное патологическое формирование личности связано с тяжелыми психическими травмами, является реакцией на затяжную психотравму;
3. невротическое формирование личности развивается на основе затяжного (не менее 2–3 лет) невроза и является его следствием;
4. дефицитарный тип патологического формирования личности – нарушение формирования личности у детей с физическими нарушениями, такими, как нарушения опорно-двигательного аппарата, слепота, глухота, хронические соматические заболевания.

Особым видом дисгармонического развития являются *нарушения темпа полового созревания* в виде патологической акселерации и патологической ретардации.

### 13.2 Психологическая характеристика психопатий

***Психопатия*** представляет собой стойкий дисгармонический склад личности, для которого характерны тотальность психопатологических особенностей личности, выраженность психопатических нарушений до нарушений социальной адаптации и относительная стабильность патологических личностных особенностей в течение жизни.

Психопатия является результатом длительного поэтапного патологического формирования личности, и только после окончания подросткового периода приобретенные патологические свойства личности окончательно закрепляются и создают психопатическую структуру личности. Предпосылки психопатической структуры личности могут наблюдаться у детей уже в раннем и дошкольном возрастах в форме различных отклонений в поведении (страхи, упрямство, плаксивость, эмоциональная лабильность, застреваемость и др.). В младшем школьном возрасте ребенок в психотравмирующей ситуации демонстрирует выраженные реакции протеста, отказа, эмансипации, которые пока еще вполне объяснимы. В дальнейшем на границе подросткового возраста у ребенка начинают появляться ярко выраженные патологические черты характера, и они уже прямо не связаны с психотравмирующей ситуацией. В подростковом возрасте эти черты характера становятся устойчивыми личностными чертами, и в юношеском возрасте уже складывается типичная психопатическая личность.

В различных классификациях психопатий выделяются разные их группы. Так, О.В. Кербиков разделил психопатии по причинам их возникновения на конституционные, органические и краевые.

- *Конституционные психопатии* зависят в большей степени от наследственной предрасположенности, чем от особенностей воспитания детей. К ним относят шизоидную, эпилептоидную, циклоидную, психастеническую, неустойчивую и истероидную психопатии. Эту группу называют также ядерной группой психопатий.

- *Органические психопатии* связаны с ранним органическим поражением центральной нервной системы, и среди них чаще встречается возбудимый (эксплозивный) тип.

- *Краевая, или нажитая (приобретенная) психопатия* является результатом патологического формирования личности.

Далее рассмотрим психологические особенности детей с разными видами психопатий.

***Ребенок с шизоидной психопатией.*** Признаки шизоидной психопатии могут проявиться еще в дошкольном и младшем школьном возрастах, и это проявляется в нарушениях контактов ребенка со сверстниками, в его необычных интересах и увлечениях. Для ребенка характерны черты аутизма, ухода от общения, погружения в мир фантазий. Такой ребенок характеризуется повышенной ранимостью и чувствительностью, парадоксальным отсутствием детской непосредственности и жизнерадостности, некоторой сухостью, холодностью в отношениях с близкими людьми. Для этих детей с раннего возраста типична неравномерность развития разных сфер: наблюдается высокий уровень речевого развития, но запаздывает формирование действий с предметами и навыков самообслуживания, дети не любят двигательной активности, отказываются принимать участие в подвижных играх с детьми. Они предпочитают общество взрослых и общение с ними обществу сверстников. В младших классах школы они испытывают серьезные трудности в самоорганизации, им трудно соблюдать школьную дисциплину, они с трудностями овладевают школьными навыками. Они отличаются, как правило, высоким уровнем интеллектуального развития, но не могут найти контакт со сверстниками и, более того, часто являются предметом их насмешек из-за своей бытовой беспомощности, неконтактности, эмоциональной неадекватности.

Для детей с шизоидной психопатией характерно раннее возникновение интеллектуальных интересов, любовь к чтению, рисование карт и схем, разведение насекомых, страсть к коллекционированию. В школе их привлекают точные науки, требующие высокого уровня интеллектуального развития. Для них типично выраженное стремление к логическому, абстрактному познанию мира. Дети всегда отличаются хорошо развитой речью, они пользуются развернутыми предложениями, в их речи изобилуют необычные и редко употребляемые другими детьми слова. Они испытывают небольшой интерес к бытовым вопросам, к житейским ситуациям и комфорту, отличаются рассеянностью, которая вызвана сосредоточенностью на внутреннем мире и низким интересом к окружающему. Дети с шизоидной психопатией имеют значительное сходство с детьми с синдромом Аспергера (см. главу 11), тем более что сам Г. Аспергер относил описанную им группу детей именно к шизоидной психопатии. Однако при шизоидной психопатии дети имеют лишь личностные нарушения, а иногда рассматриваются как просто своеобразные личности, не имеющие клинически выраженной патологии [7; 10].

***Ребенок с эпилептоидной психопатией.*** При эпилептоидной психопатии у детей наблюдаются стойкие характерологические особенности в виде эмоциональной вязкости, склонность к необъяснимым колебаниям настроения с преобладанием дисфории (угрюмости). Уже для детей в возрасте 2–3 лет характерны бурные и затяжные аффективные реакции, особенно в ситуациях физического дискомфорта (А.Е. Емельянов). В более старшем возрасте становятся очевидными агрессивность с чертами садистических наклонностей, длительное состояние озлобленности при невыполнении требований взрослых, упрямство и мстительность. Этим детям свойственна аккуратность, доходящая до педантизма, выраженное стремление к установленному порядку. В детском коллективе такие дети неуживчивы из-за их эмоциональных вспышек, вязкости, властности и конфликтности, связанных с постоянным стремлением к самоутверждению.

Для этой группы детей типичная инертность психических процессов, которая приводит к накоплению отрицательных эмоциональных переживаний, а разрядка этого состояния может происходить по самому незначительному поводу. Дети с этой формой психопатии хорошо себя чувствуют в предсказуемой, стабильной обстановке, а малейшая смена условий жизни, вида деятельности, новые впечатления вызывают у детей необъяснимое упрямство. Таким образом, дети реагируют на свою неспособность быстро переключиться и приспособиться к изменениям, и невозможность приспособиться порождает вспышки гнева и агрессии. В качестве гиперкомпенсаторного механизма могут формироваться педантичность как черта характера и повышенная ориентация на выполнение социальных норм, правил и требований.

При патопсихологическом обследовании [10] дети и подростки охотно вступают в контакт, стремятся к точному и правильному выполнению заданий, но нуждаются в постоянном одобрении своей деятельности, а при неуспехе пытаются выполнить задание еще несколько раз, не меняя при этом способов деятельности. Объем внимания у детей обычно на нижней границе нормы, затруднена переключаемость внимания, характерен также длительный период врабатываемости. При выполнении заданий, требующих графических изображений, дети выполняют чрезмерно детализированные изображения, все прорисовывается ими тщательно и дотошно. В речи детей и подростков наблюдаются обстоятельность, широкие справочные реплики-разъяснения. В оценке окружающих типичны высказывания «правильно-неправильно», «справедливо-несправедливо», детьми подчеркивается соответствие своего поведения требованиям ближайшего социального окружения.

Дети с эпилептоидной психопатией существенно отличаются от детей с эпилепсией (эпилептическим синдромом) тем, что у них отсутствует интеллектуальное снижение, которое часто встречается при эпилепсии. (О детях с эпилепсией и деменцией вследствие эпилепсии можно прочитать в главе 6).

***Ребенок с циклоидной психопатией.*** При этом виде психопатии наблюдаются колебания настроения от пониженного к повышенному, от депрессивного к маниакальному состоянию, но в детском возрасте это встречается крайне редко. Чаще диагностируется *гипертимный вариант*, при котором преобладает постоянно повышенный фон настроения, склонность к шуткам, озорству, шутовское («клоунское») поведение, чрезмерная общительность, склонность к риску. В детском коллективе такие дети трудны из-за гиперактивности и неугомонности, чрезмерной общительности. Психические процессы у них характеризуются ускоренным темпом, дети стремятся постоянно получать приятные впечатления, а громкие, ритмичные звуки, яркие цвета, новые вкусы доставляют им удовольствие. Ребенок стремится получить удовольствие непосредственно, он не в состоянии отсрочить удовлетворение своих потребностей и желаний. Дети не переносят каких-либо ограничений и запретов, они склонны заниматься своим привлекательным делом, игнорируя внешние воздействия, не выражая свой протест против ограничений. Хотя общение доставляет детям удовольствие, глубокие эмоциональные связи с другими людьми возникают у них редко, а сверстники воспринимаются ими только как партнеры по совместным играм и развлечениям.

В подростковом возрасте у детей могут возникать резкие колебания настроения, когда ребенок неожиданно чувствует себя подавленным, у него наблюдается слезливость, раздражительность. Уменьшается активность, возникают периоды бездействия, сопровождающиеся состояниями лени. Ребенок остро переживает изменившееся состояние, тем более что оно сказывается на его отношениях со сверстниками и родителями, на его успехах в учебе. В период депрессивной фазы у ребенка могут возникать суицидальные мысли и наклонности, а в период маниакальной фазы – склонность к риску и связанный с этим повышенный травматизм.

***Ребенок с истероидной (истерической) психопатией***. Истероидная психопатия не всегда наследственно обусловлена, то есть, имеет конституционный характер, чаще она возникает из-за последствий ранних органических поражений головного мозга. Истерическая психопатия чаще встречается у девочек. Основой данного вида психопатии является психическая незрелость, или инфантилизм. Для инфантилизма характерны эгоцентризм, повышенная внушаемость, жажда новых ощущений и впечатлений, неспособность к волевым усилиям. Уже в дошкольном возрасте у девочек наблюдается выраженные капризность, жажда признания, манерность и демонстративность. Девочки стараются привлечь к себе внимание самыми разными способами, в том числе рассказывая вымышленные истории, в своих фантазиях они всегда выступают в качестве главного героя или в качестве жертвы, но никогда – в качестве стороннего наблюдателя. Они крайне ревнивы к похвалам в адрес других детей, вступают из-за этого в конфликты. В школьном возрасте типичными чертами в поведении становятся завистливость, ревнивость, которые сочетаются с демонстративностью. Утрированный характер одежды, прически, поведения используются также для привлечения внимания, а в подростковом возрасте с этой же целью используется кокетство и фантазии, имеющие иногда сексуальный характер. Однако девочки неспособны к волевым усилиям, поэтому при хорошем интеллектуальном уровне они демонстрируют низкий уровень школьной успешности. Ущемленное низкими оценками самолюбие приводит к конфликтам с учителями, так как девочки не могут критично оценить себя и склонны к обвинению других в своих неудачах.

В процессе патопсихологического обследования [10] дети с желанием вступают в контакт, с удовольствием рассказывают о себе, о своих достижениях и успехах, но иногда, жалуясь на неудачи, обвиняют в них окружающих. Темп мыслительных процессов у них быстрый, отмечается хорошее распределение внимания и его легкая переключаемость, что, однако, сочетается с недостаточной его концентрацией. При выполнении заданий дети быстро пресыщаются, и не могут преодолеть пресыщение с помощью волевых усилий. Мышление обычно соответствует возрастным нормативам, хотя некоторые суждения и обобщения могут носить подчеркнуто эмоциональный и значимый для испытуемых характер (например, «свеча и керосиновая лампочка – это живой, приятный прибор, а лампочка – это просто электроприбор»). В их речи часто используются прилагательные оценочного характера (приятный, красивый и т.д.). При рисовании фигур людей и животных подростки изображают много декоративных элементов, украшательства, перья, длинные ресницы, бантики, цветочки, не всегда уместные в данном случае. В рассказах испытуемых очевидны развернутые сюжеты, в которых герои становятся выдающимися личностями, привлекающими к себе всеобщее внимание. Очевидно, что эти рассказы носят проективный характер, в них отражаются собственные потребности, мысли и мечты авторов. При выполнении заданий девочки оказываются неуспешными, и у них наблюдается демонстративный отказ от деятельности.

Таким образом, при истерической психопатии наблюдается конфликт между потребностью в признании, имеющей характер одержимости, и неспособностью к волевому усилию и искаженной некритичной самооценке, что определяет сущность психической дисгармонии. Как образно замечает Н.Ю. Максимова, «мир воспринимается как зрительный зал, и основное стремление – добиться его реакции» [10 , с. 187].

***Ребенок с неустойчивой психопатией.*** Дети с неустойчивой психопатией характеризуются незрелостью интересов, поверхностностью, нестойкостью привязанностей, импульсивностью, действиями по первому побуждению. Они неспособны к длительной целенаправленной деятельности, поэтому даже при хорошем интеллекте недостаточно продуктивны в учебе. Для них типична так называемая «сенсорная жажда», то есть постоянная потребность в новых впечатлениях, в их смене. Эта потребность в сочетании с импульсивностью побуждает их убегать из дома, из школы, вызывает склонность к бродяжничеству. Можно сказать, что мир воспринимается детьми как источник развлечений и удовольствий. Импульсивность поведения обусловлена также отсутствием его опосредованности, в частности, несформированностью моральных норм и правил, отсутствием моральных запретов, поэтому дети научаются выходить из сложных ситуаций с помощью обманов, вымыслов. Будучи высоко внушаемыми, дети легко усваивают социально негативные нормы поведения, легко попадают под влияние асоциальных групп. Несмотря на хороший уровень интеллекта, для детей типично полевое поведение (характерное для нормального развития детей в возрасте до трех лет), так как предметы окружающего мира вызывают либо притяжение, либо отталкивание.

В процессе патопсихологического обследования [10] дети легко и охотно вступают в контакт, сразу приступают к выполнению заданий, особенно им интересны задания с игровой мотивацией. Объем и переключаемость внимания у них обычно в пределах нормы, хотя затруднена длительная произвольная концентрация внимания. Процессы механического и смыслового запоминания у них осуществляются без отклонений, мышление последовательное, но иногда допускаются поспешные обобщения по конкретно-ситуативным признакам. Обращает на себя внимание примитивный круг интересов. При составлении рассказа по картинкам сюжет часто связан с какими-либо действиями, направленными на получение удовольствия или избегание опасности, хотя страдает прогнозирование исхода ситуации. Это же типично и для реального поведения ребенка. Самооценка неконкретная, обобщенная, ребенок не может обосновать свою оценку, ссылаясь на мнение значимых взрослых.

***Психастеническая личность в детском возрасте.*** Психастеническая личность характеризуется мнительностью, склонностью к тревожности. Отдельные черты такой личности обнаруживаются у детей уже в 3–4 года – уже в этом возрасте у детей наблюдаются страхи за здоровье и жизнь близких и самого себя, легко возникающие по любому поводу тревожные опасения. Дети боятся всего нового, незнакомого, у них наблюдается склонность к навязчивостям (мысли, действия, сомнения, опасения, патологическая нерешительность). В подростковом возрасте у ребенка обнаруживаются черты ипохондричности (убежденности в своем серьезном заболевании), страхи начинают сопровождаться стереотипными действиями и ритуалами. Дети могут реагировать повышением температуры тела, рвотой и другими симптомами даже на перевод в новый класс или школу. В подростковом возрасте у детей возникают патологические сомнения относительно красоты собственного тела и внешности и развивается синдром убежденности в собственном уродстве. В качестве компенсаторного механизма тревожности складывается педантическая склонность к порядку, к неизменному расположению вещей, режиму дня, любое нарушение которого вызывает повышение тревожности.

При патопсихологическом обследовании [10] испытуемые с трудом вступают в контакт, долго выясняют причины проведения обследования, интересуются, почему обследуют именно их. Темп речевой и мыслительной деятельности у них несколько замедлен, недостаточны объем и переключаемость внимания. Работоспособность у детей не нарушена, однако из-за высокой тревожности они могут допускать ошибки, у них снижается продуктивность запоминания. При выполнении проб на мышление дети дают правильные ответы, но иногда ошибаются из-за сомнений в правильности решения. Описания сюжетных картин изобилуют переживаниями тревоги, беспокойства, пессимистическими перспективами. Самооценка у детей на среднем уровне с чертами низкого уровня, но часто отмечается застенчивость и нерешительность. Целенаправленность деятельности страдает на этапе принятия решения из-за сомнений в его правильности, но если решение принято, то дети и подростки проявляют настойчивость в достижении цели.

***Ребенок с возбудимой (эксплозивной) психопатией.*** Возбудимую психопатию Г.Е. Сухарева [17] относит к группе органических психопатий, так как она обусловлена раним органическим поражением нервной системы. Этот тип чаще наблюдается у мальчиков, его клинической основой является эмоциональная и двигательная возбудимость. Уже в раннем возрасте дети характеризуются легкостью возникновения аффективных вспышек со злобностью, упрямством и негативизмом. Тяжелые эмоциональные эпизоды заканчиваются состояниями слабости, вялостью, слезами (астения). У детей наблюдаются немотивированные колебания настроения, чаще с преобладанием дисфории, то есть сниженного фона настроения. В ответ на замечания у детей возникают бурные протестные реакции, уход из дома и школы, они легко попадают в асоциальную среду сверстников и становятся правонарушителями.

При патопсихологическом обследовании [10] дети с трудом включаются в работу, выполняют только привлекательные для них задания, в которых прогнозируют безусловный успех. У детей наблюдаются выраженные реакции пресыщения, а попытки побудить ребенка к дальнейшей работе либо возникновение препятствий в процессе ее выполнения вызывают бурную реакцию возбуждения, крик, агрессивные действия. Умственная работоспособность у детей неравномерна, отмечается слабая концентрация произвольного внимания. Механическое запоминание обычно в пределах нормы, однако, при падении интереса к выполнению задания кривая запоминания может носить «падающий» характер, то есть дети запоминают с каждым повторением все меньшее количество слов. Мышление осуществляется в ускоренном темпе, хотя логично и последовательно, обобщения производятся по существенным признакам. При описании сюжетных картин часто встречаются проекции переживаний гнева и выражение агрессии, описание изображенных людей как ограничивающих действия главного персонажа. В речи детей часто звучит слово «нет», даже при согласии с собеседником.

Среди органических психопатий Г.Е. Сухаревой [17] особенно выделяется ***бестормозный тип***, для которого характерны повышенный эйфорический фон настроения с откликаемостью на все внешние раздражители, что препятствует формированию произвольности и целенаправленности поведения. Для детей типична также некритичность при сохранном интеллекте, легкая отвлекаемость на любые внешние воздействия, которая носит кратковременный характер. В школьном возрасте бестормозность в поведении часто способствует патологии влечений.

### 13.3 Патологические формирования личности

*Патологические формирования личности* являются результатом длительной психотравмирующей ситуации, неблагоприятных условий воспитания; в качестве их предпосылок выступают негрубая остаточная органическая недостаточность функций мозга, акцентуация черт характера на основе свойств темперамента, отражающего свойства высшей нервной деятельности, особенности эмоционального реагирования.

Патологическое формирование личности отличается от психопатий не только по этиологическим факторам, клинико-психологическим особенностям, но и по принципиальной возможности обратимости. Если психопатия является стойким необратимым состоянием, то патологическое формирование личности может обращено вспять при изменении условий жизни и воспитания ребенка, создания благоприятной атмосферы в семье и в школе. Ученые подчеркивают, что на патологическое формирование личности оказывают влияние два основных фактора: 1) закрепление личностных реакций (протеста, отказа, гиперкомпенсации, имитации и др.), возникших в ответ на психотравмирующее воздействие; 2) прямое стимулирование нежелательных черт характера (возбудимость, слабая выдержка, робость, истеричность, неустойчивость, агрессивность и др.) в процессе воспитания [6].

Описываются несколько вариантов патологического формирования личности, к основным из них относятся аффективно-возбудимый, тормозимый, истероидный, неустойчивый варианты.

*Аффективно-возбудимый вариант патологического формирования личности* чаще развивается в семьях, в которых существует длительная конфликтная ситуация, ссоры, алкоголизм родителей, жестокость и агрессия по отношению друг к другу. В таких семьях у детей развивается аффективная взрывчатость, склонность к разрядке напряжения, гневу, которые неадекватны вызвавшему их раздражителю, повышенная готовность к конфликтам. Эти черты складываются и в результате имитации поведения взрослых или как закрепление реакции протеста. Постепенно формируется стойкий сдвиг настроения в сторону угрюмости и злобности.

*Тормозимый вариант патологического формирования личности* развивается в условиях воспитания по типу гиперопеки, применения постоянных запретов и ограничений, при деспотизме родителей, унижениях ребенка и физических наказаниях. В условиях патологического типа воспитания у ребенка проявляются реакции протеста в форме ухода из дома, отказа общаться с определенными лицами. Тормозимый вариант проявляется в основном в повышенной тормозимости, робости, неуверенности ребенка в себе, обидчивости, повышенной утомляемости. При этом типе проявляются такие черты характера как лживость, мечтательность, скрытность. Таким образом, воспитание по типу гиперопеки приводит к подавлению активности ребенка, его стремления к самостоятельности, к открытому проявлению чувств, закреплению зависимости от взрослых, пассивности, неуверенности в своих силах, боязливости.

*Истероидный вариант патологического формирования личности* проявляется в демонстративности, в стремлении ребенка обращать на себя внимание, в эгоцентрической и эгоистической установках. В психотравмирующих ситуациях и при неудачах у ребенка появляется склонность к истерическим реакциям. Данный вариант патологического формирования личности складывается в условиях воспитания по типу «кумира семьи», когда ребенок воспитывается в условиях всеобщего обожания, избалованности, все его требования удовлетворяются, потребности ребенка считаются самыми главными, не учитываются потребности других членов семьи. Родители при таком типе воспитания склонны демонстрировать реальные и мнимые достоинства ребенка, культивируют у него жажду признания.

*Неустойчивый вариант патологического формирования личности.* При данном варианте на первый план выступают черты, в норме свойственные эмоционально-волевой сфере детей более младшего возраста: отсутствие волевых задержек, зависимость поведения от сиюминутных желаний и влечений, повышенная подчиняемость постороннему влиянию, нежелание преодолевать даже самые маленькие трудности, отсутствие навыка и интереса к труду. Если такие черты становятся типичными в подростковом возрасте, это явно свидетельствует об инфантилизации личности подростка. Данный вариант патологического формирования личности складывается в семьях с «оранжерейным» типом воспитания, когда ребенка с самого раннего возраста ограждали от самостоятельного преодоления трудностей, не прививали ему качества усидчивости, настойчивости в достижении цели, умение подавлять сиюминутные цели, не привлекали к участию в домашних делах. Дети с этим типом внушаемы, склонны к подражанию, поэтому легко приобретают негативные образцы поведения.

### 13.4 Нарушения темпа полового созревания

Особым видом дисгармонического развития являются нарушения темпа полового созревания, которые вызываются нарушениями вегетативно-эндокринной регуляции. К.С. Лебединской [7] описано два типа нарушений темпа полового созревания: 1) замедление (ретардация) темпа полового созревания и 2) ускорение (акселерация) темпа полового созревания. Эти нарушения развития обусловлены как генетической предрасположенностью, так и церебральной органической недостаточностью. Ретардация и акселерация темпа полового созревания может наблюдается и в рамках нормального физиологического развития. Однако в рамках дисгармонического развития ретардация и акселерация характеризуются выраженной дисгармоничностью физического, двигательного и психического развития.

*Замедление, или задержка (ретардация), темпа полового созревания* характеризуется недоразвитием двигательной сферы у детей в виде симптомов медлительности, неуклюжести, недостаточности эмоционально-волевой сферы (несамостоятельность, повышенная внушаемость, трусливость). Однако черты двигательной и эмоциональной незрелости у таких детей, как правило, сочетаются с высоким уровнем развития речи и чрезмерной речевой продукцией, то есть склонностью к рассуждениям, болтливостью, что можно рассматривать как компенсацию осознания ребенком своей двигательной недостаточности. Двигательная несостоятельность, зачастую сочетающаяся с избыточным весом ребенка, болтливость, трусливость часто делают этих детей объектом насмешек среди сверстников, что приводит к различным невротическим расстройствам. Замедление темпа полового созревания, как правило, сглаживается после окончания подросткового возраста, однако иногда отдельные черты моторики, эмоциональной сферы и речи могут наблюдаться и во взрослом возрасте уже как стойкая аномалия личности.

*Ускорение (акселерация) темпа полового созревания церебрально-органического происхождения,* как отмечает К.С. Лебединская [7], приводит к такому нарушению развития, которое оказывается прямо противоположным по своей структуре задержке темпа полового созревания. К симптомам акселерации темпа полового созревания автор относит одностороннюю взрослость интересов, раннее пробуждение сексуальности и других влечений, аффективную возбудимость, взрывчатость, что обусловлено дисгармоничной эндокринной перестройкой. Такие подростки начинают тяготиться школьным обучением, стремятся к самостоятельному трудоустройству и самостоятельной жизни. Однако эти намерения неадекватны реальным возможностям подростка, и поэтому они не способствуют их социальной адаптации. Взрослость этих подростков ограничивается внешними взрослыми атрибутами (одежда, прическа, привычки поведения). Эта психическая дисгармония становится очевидной в тех случаях, когда она сочетается с конституционно обусловленной незрелостью интеллекта. В благоприятных условиях жизни и воспитания данное нарушение постепенно сглаживается при нормализации эндокринных процессов. В противоположных случаях развивается стойкий патологический тип личности с явлениями аффективной возбудимости, расторможенности влечений, асоциальным поведением.

### 13.5 Психологическая характеристика неврозов у детей и невротическое развитие личности

Основатель учения о неврозах В.Н. Мясищев [14] определял невроз как болезнь личности, и, в первую очередь, как болезнь развития личности. Он рассматривал невроз как психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающие болезненно-тягостные переживания неудач в жизненной борьбе, неудовлетворенных потребностей, недостигнутой цели, невосполнимость потерь и др.

В настоящее время неврозы рассматриваются как *психогенные заболевания личности*. Психогенный характер неврозов обозначает, что они обусловлены действием психологических факторов, значимых для человека, которые выражаются в виде его существенных переживаний.

Специалисты в области детской психологии и детской психиатрии, которые занимаются проблемами неврозов и невротического развития личности у детей (А.И. Захаров, В.В. Ковалев, Д.Н. Исаев, А.С. Спиваковская), традиционно описывают несколько *групп факторов*, которые приводят к невротическим нарушениям: биологические предпосылки, психическая травма, собственно психологические и социально-психологические факторы.

***Психическая травма*** *–* совокупность внешних раздражителей, оказывающих на человека такое воздействие, которое он не в состоянии воспринять и пережить на обычном для него уровне нервно-психического реагирования, используя когнитивные способы переработки информации, изменение своего отношения к раздражителю, перестройку межличностных отношений, зрелые способы психологической защиты. Существуют острые и хронические психотравмы. *Острая психотравма* действует однократно, стремительно, являясь сверхсильным раздражителем. В детском возрасте к острым психотравмам относятся, например, испуг, острый семейный конфликт, конфликт с педагогом или сверстниками. Хронические психотравмы, или психотравмирующие ситуации – это достаточно слабые, но длительно действующие и многократно повторяющиеся раздражители. Патогенное воздействие на ребенка оказывают не сами по себе события, а их значимость для человека, поэтому одно и то же событие может быть психотравмирующим для одного ребенка и совершенно нейтральным – для другого.

***Биологические предпосылки*** невротических нарушений включают факторы наследственной предрасположенности, соматическую ослабленность вследствие частых заболеваний, негрубую церебрально-органическую недостаточность. Эти предпосылки вызывают у детей астенические состояния, повышенную реактивность на внешние воздействия, психическую инертность, застревание на отрицательных аффективных переживаниях, повышенную возбудимость, эмоциональную неустойчивость.

В качестве биологической предпосылки неврозов называется *невропатия, или врожденная нервность,* являющаяся результатом врожденных или рано приобретенных нарушений вегетативной нервной системы. Невропатия проявляется уже в раннем возрасте в виде нарушений сна, аппетита, аллергических реакций, желудочно-кишечных расстройств, колебаний температуры тела, чувствительности к переменам погоды, повышенной плаксивости и др. Такое неустойчивое самочувствие способствует возникновению вторичных эмоционально-волевых нарушений, которые при наличии психологической травмы приводят к неврозам. К младшему школьному возрасту, если ребенок воспитывается в благоприятной эмоциональной обстановке, симптомы невропатии угасают.

К собственно ***психологическим причинам*** возникновения неврозов относят особенности эмоционально-волевой сферы детей: импульсивность, недостаточность самоконтроля, повышенный уровень эгоцентризма, упрямства, неадекватность реагирования на внешние воздействия и др. Основатель учения о неврозах В.Н. Мясищев отмечал, что у лиц, страдающих неврозом, субъективное и аффективное преобладает над объективным и логическим в переработке психотравмирующей ситуации, а аффективная вязкость (застреваемость) способствует вязкости болезненных переживаний [14]. Определяющую роль в возникновении невроза играет внутренний (психологический) конфликт, который является результатом столкновения противоречивых отношений личности, если они занимают центральное место в системе ее отношений личности и не могут быть переработаны так, чтобы исчезло напряжение, и был найден рациональный продуктивный выход. Так, В.Н. Мясищев описывает следующие виды внутриличностных конфликтов:

1. столкновение желаний личности и действительности, которая ее не удовлетворяет;
2. противоречивость отношений, вытекающая из противоречивости в аффективно-напряженной ситуации (конфликт любви и агрессивности);
3. борьба принципиальных установок с конкретно-личностными отношениями;
4. столкновение требований реальности и возможностей человека.

В случаях возникновения неврозов у детей конфликт занимает центральное место в жизни ребенка, оказываясь для него неразрешимым. Затягиваясь, конфликт создает аффективное напряжение, которое обостряет противоречия, усиливает трудности, повышает неустойчивость и возбудимость, углубляет и болезненно фиксирует переживания, снижает продуктивность деятельности и самоконтроль. А.И. Захаров [3] определяет ведущее содержание патогенного конфликта при неврозах как несоответствие воспитания возможностям ребенка и опыту становления его «Я», то есть конфликт между «Я» и «Мы», когда ребенок хочет, но не может войти в состав референтной группы (в семью, в группу сверстников).

В работах школы В.Н. Мясищева введено понятие *«преневротический патохарактерологический радикал»,* к которому относят такие предрасполагающие к неврозу черты личности, как агрессивность, честолюбие, педантичность, благоразумность, тревожная синтонность, инфантильность, психомоторная нестабильность, конформность и зависимость, тревожная мнительность и замкнутость, контрастность как наиболее характерная черта, описывающая противоречивость всех личностных характеристик.

Один их самых известных исследователей детских неврозов А.И. Захаров [3] описывает семь видов *преморбидных свойств личности, которые предрасполагают ребенка к неврозу*:

1. сензитивность (эмоциональная чувствительность и ранимость);
2. непосредственность (наивность);
3. выраженность чувства «Я»;
4. импрессивность (внутренний тип переработки информации);
5. латентность;
6. противоречивость развития;
7. неравномерность психического развития.

***Социально-психологические факторы*** в форме складывающейся системы отношений ребенка с близкими взрослыми рассматриваются большинством исследователей как основной фактор возникновения неврозов у детей. Представители детского психоанализа (М. Кляйн, А. Фрейд) рассматривают детский невроз как неадекватно разрешаемый конфликт между бессознательным Оно и Сверх-Я, они признают сексуальную природу данного конфликта и признают ответственность родителей за возникновение невротических нарушений у ребенка. Так, А. Фрейд считает, что возникновению невроза у детей способствуют такие особенности поведения его родителей, как: 1) неосознанные фантазии родителей, в которых ребенку приписывается определенная роль; 2) пренебрежение потребностями ребенка и включение его в свою собственную патологическую систему; 3) при наличии невроза у ребенка родители разделяют с ним его симптом или же отрицают его, прибегая к неконструктивным способам психологической защиты. В психоанализе подчеркивается, что ребенок как бы сливается с родителями, имеющими невротические симптомы, чувствует конфликты родителей и страдает от них так, как если бы они были его собственными конфликтами. С позиций бихевиоризма невротические нарушения у детей могут возникать в результате неадекватных наказаний и поощрений поведения ребенка – наказания и поощрения могут закреплять реакции ребенка на значимые для него события (М. Раттер [15]).

В отечественной клинической и возрастной психологии описаны типичные условия семейного воспитания, то есть травмирующие ситуации в семье, которые предрасполагают к возникновению невротических расстройств, а также типы родительского отношения, стили детско-родительских отношений, которые способны привести к невротическим расстройствам у детей и подростков (Б.Д. Карвасарский, А.И. Захаров, Э.Г. Эйдемиллер, А.Я. Варга и др.)

Для характеристики детско-родительских отношений используется даже понятие «патологизирующий стиль семейного воспитания» (Э.Г. Эйдемиллер), которое обозначает патогенное действие на ребенка определенного стиля его отношений с родителями. Так, дети с истерическим неврозом воспитываются в семьях в обстановке изнеженности, заласканности, беспричинной уступчивости, неоправданного восхищения ребенком. Однако такой невроз может складываться и у детей, отвергаемых в семье, так как демонстративным поведением ребенок пытается привлечь к себе внимание. Невроз навязчивых состояний и невроз страха формируется у детей в обстановке чрезмерной опеки, оберегания, запугивания, подавления инициативы, лишения самостоятельности. Ребенок с неврастенией воспитывается в условиях стимулирования нездорового стремления к успеху без реального учета его возможностей.

Например, А.Я. Варга [1] описывает три неблагоприятных для ребенка типа родительского отношения: симбиотический, авторитарный и эмоционально отвергающий. А.И. Захаров [3; 4] выделяет три типа неправильного воспитания, которые предрасполагают к невротическим расстройствам у детей: отвергающее воспитание (непринятие), гиперсоциализирующее, которое проявляется в чрезмерной озабоченности будущим ребенка, эгоцентрическое воспитание. Э.Г. Эйдемиллер [19] описал несколько патологизирующих типов воспитания детей: потворствующая гиперпротекция, содействующая развитию истероидных и гипертимных черт характера; доминирующая гиперпротекция, усиливающая астенические черты характера ребенка; эмоциональное отвержение ребенка, способствующее развитию эпилептоидных черт характера; повышенная моральная ответственность, стимулирующая развитие тревожности и беспокойства; безнадзорность, которая приводит к гипертимности и неустойчивости поведения подростка.

У детей и подростков могут возникнуть несколько ***видов неврозов:*** неврастения, невроз навязчивых состояний, невроз страха, истерический невроз. Эти виды неврозов различаются по характеру внутриличностного конфликта, лежащего в их основе, преневротическими особенностями личности ребенка, поведенческими симптомами.

***Неврастения*** формируется либо на основе невропатии, либо в результате астенизирующих воздействий (частые соматические заболевания). Неврастения проявляется в виде повышенной утомляемости, раздражительности, нарушений сна, аппетита, головной боли. Гиперстенический тип неврастении проявляется в виде раздражительности, которая усиливается при утомлении, в напряженной обстановке. Раздражение у ребенка может вызвать любой человек, но раздражение быстро проходит, завершаясь слезами и раскаянием. Дети при этом типе неврастении остро реагируют на громкий шум, яркий свет, запахи, при волнении у них усиливается потливость, повышается температура, выражено изменение цвета кожных покровов от красного до бледного, встречаются трудности засыпания, тревожные сновидения с пробуждением. Головная боль чаще выражена в утренние часы, дети с трудом сосредоточиваются на уроках, жалуются на плохую память. Патопсихологическое обследование [10] обнаруживает у них истощаемость психических процессов, увеличение скорости выполнения задания при увеличении количества ошибок, резкое снижение объема и концентрации внимания. Дети плохо переносят монотонную деятельность, у них затруднено механическое запоминание, хотя смысловое запоминание остается в пределах возрастной нормы. Не страдают также и процессы мышления. Время продуктивной деятельности у детей ограничено, быстро наступает истощение и отказ от деятельности, ребенок начинает демонстрировать примитивное полевое поведение.

У детей с астеноипохондрическим типом неврастении преобладает повышенная утомляемость, вялость, слезливость, наряду с трудностями засыпания выражена сонливость в течение дня. Дети предъявляют жалобы соматического характера: боли в сердце, желудке, разных частях тела, которые усиливаются при волнении, при перемене обстановки, при утомлении. Быстрая утомляемость сочетается с низкой концентрацией внимания, низким уровнем самоорганизации деятельности. Дети выполняют уроки только вечером, быстро утомляются, у них резко замедляется темп выполнения заданий. Неуспехи в учебе, в свою очередь, вызывают слезливость, головные боли, в результате школьная неуспешность усиливается.

*Внутриличностный конфликт* при неврастении отражает противоречие между возможностями личности, с одной стороны, и ее стремлениями и завышенными требованиями к себе, с другой. У детей этот конфликт выражает страх ребенка «быть не тем», то есть не соответствовать ожиданиям авторитетных взрослых, общепринятым нормам. Страх «быть не тем» проявляется в страхе сделать не так, как нужно, не то, что следует, страх ошибки, неудачи, своей несостоятельности, страх осуждения, порицания и наказания. Эти страхи свойственны детям с неврастенией в младшем школьном возрасте.

***Истерический невроз*** проявляется в самых разных симптомах, общим для которых является демонстративное поведение ребенка, поведение, рассчитанное на зрителя, стремление привлечь к себе внимание. Истерический симптом является для ребенка условно приятным и желательным, так как избавляет ребенка от неприятной ситуации (поход в школу, контрольная работа, встреча с неприятным человеком и т.д.). При этом ребенок не симулирует симптом, он не делает это нарочно, но он не понимает природу своего поведения и не в состоянии от него избавиться. Симптомы истерического невроза носят бессознательный характер.

Ребенок демонстрирует страхи и другие эмоциональные реакции в виде слезливости, раздражительности. К двигательным симптомам при истерическом неврозе относятся нарушения походки, двигательные параличи, писчий спазм (нарушение движений руки, препятствующее письму). Ребенок падает на пол, кричит, размахивает руками и ногами. Такой истерический приступ может сопровождаться спазмом гортани с задержками дыхания, синюшностью и краснотой кожных покровов, усиленным потоотделением. В школьном возрасте истерические припадки проявляются в виде обмороков или напоминают приступы бронхиальной астмы. Может встречаться также истерическая рвота, не связанная с приемом пищи, а возникающая в эмоционально значимых ситуациях.

**۞*Иллюстрация***

Двенадцатилетний М. жаловался на боли в руке и паралич ноги, но клинические обследования не выявили никаких физиологических причин такого состояния ребенка. По характеру М. был раздражительным, агрессивным, тревожным, настырным ребенком, он с раннего детства усвоил, что может избегать стрессогенных ситуаций при помощи жалоб на свое физическое состояние. Его маме пришлось оставить работу, чтобы ухаживать за ним. По ночам он часто плакал, не разрешал дотрагиваться до своей руки и ноги, и постепенно у него выросли очень длинные ногти. Он сквернословил, угрожал матери и врачу. До этого случая он часто пропускал занятия в школе из-за болей в животе. Родители во всем уступали мальчику из-за его скверного характера, мальчик был к ним сильно привязан, особенно к матери. Между родителями постоянно возникали конфликты, семья жила в стесненных жилищных условиях, мать жаловалась на множество физических недомоганий. Мальчика поместили в больницу, и через месяц у него прошел паралич, хотя специально паралич не лечили, мальчик только обсуждал с психотерапевтом свои семейные ссоры и тревоги (излагается по [15]).

Внутриличностный конфликт при истерическом неврозе характеризуется завышенными претензиями личности в сочетании с недооценкой или игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих: требовательность к окружающим превышает требовательность к себе, отсутствует критичность к своему поведению.

***Невроз страха (фобический) невроз и невроз навязчивых состояний.*** Этот невроз характеризуется упорным страхом перед кем-нибудь или чем-нибудь, что может повредить жизни и здоровью ребенка, а также страх деятельности в определенных ситуациях (например, общаться с незнакомыми людьми, отвечать у доски). А.И. Захаров описал страхи, типичные для детей разных возрастов. Им выделены такие группы страхов, как страх болезни и смерти, страх стихийного бедствия и внезапных событий, страх сказочных персонажей, страх темноты, засыпания и страшных снов, социальные страхи (опозданий, родителей, наказаний, учителей), страх пространства (глубины, высоты, замкнутого пространства) и другие. Страхи свойственны и детям, не имеющим невротических нарушений, такие страхи называются возрастными. Эти страхи не требуют коррекции, они отражают возрастные особенности развития ребенка и не нарушают процесс жизнедеятельности ребенка. В отличие от них патологические (невротические) страхи отражают нарушения эмоционального развития ребенка, они нарушают процесс жизнедеятельности ребенка и не проходят самостоятельно. Такие упорные страхи называются также *фобиями*.

При неврозе страха основой нарушений является психологическое противоречие между инстинктом самосохранения и слабостью защитных механизмов, что проявляется в страхе быть «ничем» или не существовать. Если сам страх вызывает негативную эмоциональную реакцию, то у ребенка могут наблюдаться навязчивые действия или ритуалы. Стойкий характер навязчивых действий позволяет говорить о *неврозе навязчивых состояний*. В качестве навязчивостей могут выступать мысли, образы, действия, ритуалы. Так, восьмилетнего мальчика преследовали и не давали покоя мысли о старой ржавой тележке, которую он видел по дороге в школу: в течение целого дня, что бы он ни делал, он думал о том, кому принадлежит тележка, что она там делает, как долго она там находится? Из-за страха микробов и грязи восьмилетний мальчик моет руки более 30 раз в день.

Ритуалы и другие формы навязчивого поведения уменьшают чувство тревоги и беспокойства, хотя не всегда можно установить связь между содержанием страха и содержанием действия. Например, девочка до такой степени боялась плохих отметок, что по дороге в школу стучала по всем батареям во всех подъездах.

Невроз навязчивых состояний отражает конфликт между разными внутренними состояниями: состоянием удовольствия и чувством долга, эмоциональным состоянием и рациональным знанием. Навязчивые мысли и действия сужают круг интересов ребенка, все его силы уходят на навязчивости и борьбу с ними. Так, ребенок может дотрагиваться до предметов, постукивать, многократно одеваться или раздеваться, пересчитывать предметы или свои действия и т.д.

При данном виде невроза внутриличностный конфликт характеризуется противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями. Если одна из этих тенденций доминирует, но продолжает встречать противодействие другой, то создаются благоприятные возможности для усиления нервно-психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний.

***Невротические расстройства.*** В современной клинической психологии все чаще используется термин «невротические расстройства», которые в МКБ-10 [13] описаны в рубрике F40–F48 «Невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства». Использование термина «невротические расстройства» позволяет описывать эмоциональные нарушения у детей, не прибегая к характеристике определенного вида невроза. Это особенно важно в тех случаях, когда эмоциональное нарушение у детей не имеет четкой картины и не вполне соответствует тому или иному виду невроза.

Среди невротических нарушений у детей описывается ряд состояний, свидетельствующих об отклонениях от нормального хода эмоционального развития. В психиатрической литературе невротические нарушения называют также «системными неврозами» [6].

***Энурез***– непроизвольное мочеиспускание, недержание мочи. Энурез как невротическое нарушение отмечается у детей старше четырех лет, так как до этого возраста неспособность ребенка удерживать мочу и контролировать мочеиспускание рассматривается в качестве возрастной или условно возрастной нормы. Нормально развивающийся ребенок к четырем годам уже должен научиться контролировать процессы мочеиспускания. Если ребенок не умеет этого делать, моча выделяется непроизвольно, и ребенок оказывается «мокрым». У детей чаще наблюдается ночной энурез, но встречаются также и случаи дневного энуреза.

Природа энуреза имеет многофакторную обусловленность. *Органические факторы* энуреза связаны с заболеванием мочеполовой сферы ребенка (атония мочевого пузыря, нетипичное расположение мочевого пузыря, местный воспалительный процесс и др.), и они поэтому должны быть предметом внимания врача.

*Невротические факторы* энуреза основаны на состоянии невропатии, среди симптомов которой главную роль играют нарушения сна и двигательная расторможенность ребенка. Родители говорят, что он спит, как убитый, и что его нельзя разбудить. Ребенок чрезмерно утомляется и перевозбуждается днем, и компенсаторно у него возникает глубокий сон. Ребенок в состоянии глубокого сна не чувствует перенаполнения мочевого пузыря, не контролирует мочеиспускание, и просыпается в мокрой постели. Дополнительным фактором является чувствительность ребенка к погоде, к низкой температуре и переохлаждению, когда дети особенно часто мочатся в постель. Энурез может возникнуть также в результате раннего органического поражения головного мозга, минимальной мозговой дисфункции.

К *дополнительным факторам* энуреза относится неправильное питание ребенка, особенно перед сном: ребенок ест слишком соленую, жирную, острую пищу, после которой возникает чувство жажды, поэтому много пьет жидкости на ночь. Все это приводит к перенаполнению мочевого пузыря.

К *психологическим факторам* энуреза относят также длительно действующий эмоциональный стресс, в том числе тревоги и страхи, осознание которых столь тяжело для ребенка, что он погружается в глубокий сон, чтобы избежать их, так как во сне ребенок находится в относительной безопасности. Однако в состоянии глубокого сна у него возникает непроизвольное мочеиспускание. Особенно сильное влияние на энурез оказывают стрессы, испытываемые ребенком в возрасте до четырех лет, поскольку именно в это время происходит формирование функций контроля за мочеиспусканием.

Эмоциональный стресс может быть результатом неудовлетворительных отношений между родителями и ребенком, а именно:

- при непринятии родителями природных свойств темперамента ребенка: медлительного ребенка все время торопят, раздражаются его медлительностью и неповоротливостью; чрезмерно подвижных детей все время ограничивают, требуют от них спокойного поведения, применяя угрозы, наказания;

- в ситуации напряженных, конфликтных отношений между родителями, при разводе родителей;

- при невнимании родителей, гипоопеке, безнадзорности, когда родители не формируют у ребенка навыков опрятности; при недостатке любви и внимания к ребенку;

- при воспитании по типу повышенной требовательности, когда ребенка слишком рано и настойчиво приучают к горшку, вопреки естественным возможностям ребенка, например, еще на первом году жизни;

- энурез возникает как протестная реакция ребенка на изменение условий его жизнедеятельности, а именно помещения в дошкольное учреждение, госпитализации, как протест против несправедливого и жестокого обращения к себе, в ситуации рождения младшего ребенка в семье, когда ребенок демонстрирует регрессивные навыки, подражая младшему сиблингу, который стал главным объектом родительского внимания.

С возрастом наблюдается положительная динамика, проявления энуреза уменьшаются, и в большинстве случаев, при правильном подходе к энурезу, если он вызван не органическими причинами, к 10 годам его проявления исчезают. Помощь детям с энурезом направлена на устранение тех причин, которые его вызывают, в том числе на коррекцию детско-родительских отношений.

***Энкопрез*** *–* невротическое расстройство, которое проявляется в виде недержания кала, а также в том, что ребенок осуществляет акт дефекации в неположенном месте. Это нарушение значительно чаще встречается у мальчиков. Энкопрез является довольно редким расстройством, он может свидетельствовать также о начале какого-либо психического заболевания.

Недержание кала является естественным процессом у ребенка раннего возраста, когда он еще не умеет контролировать функцию кишечника. Постепенно родители приучают его к пользованию горшком, а затем и унитазом, он научается чувствовать позыв к опорожнению кишечника, понимает, что надо делать, просит помощи у родителей, а затем начинает самостоятельно пользоваться туалетом. Однако это умение не всегда формируется у детей, особенно в случае, если родители невнимательны к детям, демонстрируют гипоопекающее воспитание, когда ребенок растет в условиях родительской депривации. В этих случаях энкопрез, как правило, сочетается с энурезом. Дети из неблагополучных семей, особенно из семей, где родители злоупотребляют алкоголем, перестают чувствовать не только позыв в туалет, но также и неприятный запах кала. Энкопрез наблюдается у детей с отклонениями в развитии: при интеллектуальной недостаточности, при детском аутизме, так как в этих случаях дети не всегда могут овладеть навыками опрятности из-за специфических нарушений развития.

Энкопрез проявляется также в форме частичной задержки каловых масс в кишечнике, и тогда у ребенка наблюдается так называемое «каломазание». Оно возникает при нарушении функции кишечника в виде склонности к запорам, когда ребенок боится ходить в туалет из-за страха болей, которые возникают в этом случае, поэтому ребенок задерживает процесс опорожнения кишечника. Это же состояние наблюдается и тогда, когда родители слишком требовательны к чистоте, к соблюдению гигиены, требуют от ребенка беспрекословного соблюдения режима дня, режима походов в туалет. Ребенок в ответ на чрезмерные требования проявляет упорство, задерживая процесс опорожнения кишечника. Недержание кала обычно наблюдается днем, когда во время игры или прогулки естественный позыв в туалет подавляется, а позже ребенок уже не чувствует позыв. У гиперактивных детей позыв может возникать неожиданно, они его не ощущают и не могут контролировать.

Энкопрез может возникнуть у ребенка в результате зафиксированного страха посещать туалет, например, когда в туалете было слишком холодно, когда ребенка пристыдили за неопрятность в присутствии других детей, когда ребенка при посещении туалета что-то сильно испугало. Ребенок наотрез отказывается посещать туалет, поэтому кал выделяется маленькими порциями, а ребенок перестает это замечать. Только устранение страха перед посещением туалета может помочь ребенку избавиться от энкопреза в этом случае.

Отдельно следует сказать о тех случаях, когда с помощью недержания кала ребенок выражает протест против воспитательной тактики взрослых, против сурового воспитания с применением наказаний, без эмоциональной теплоты, с наличием необоснованных требований к ребенку. В этих случаях с помощью энкопреза ребенок может неосознанно «мстить» взрослым, и тогда его действия могут носить характер демонстративных. Так, ребенок может сходить в туалет в тех местах, где возможно появление других людей, например, посреди комнаты или на дорожке в саду.

Недержание кала приводит к ухудшению отношений ребенка со сверстниками, он испытывает трудности социальной адаптации. Помощь ребенку при энкопрезе зависит от той причины, которая его вызвала. Как правило, к началу подросткового возраста симптомы энкопреза практически исчезают.

***Патологические привычные действия (детский онанизм, сосание пальца, грызение ногтей, манипуляции с волосами)*** *–* стойкие, трудно поддающиеся лечению и коррекции привычные действия у детей, возникающие в дошкольном детстве, но сохраняющиеся в младшем школьном и подростковом возрастах. Большинство взрослых расценивают эти привычки как признаки невоспитанности ребенка, как вредные привычки, с которыми просто нужно бороться. Однако эти привычки по природе являются невротическими нарушениями, то есть свидетельствуют об эмоциональном неблагополучии ребенка, о проблемах эмоционального характера в отношениях с близкими взрослыми. Все патологические привычные действия связаны с интимным пространством человека, с его телом, ребенок использует свою кожу (ногти и волосы как кожные образования) для уменьшения нервного напряжения. В этих ситуациях дети обращаются к своим биологическим истокам, к своему внутриутробному существованию, к опыту ранних отношений с матерью, когда они чувствовали себя в безопасности.

Впервые патологическая привычка проявляется как бы случайно: ребенок дотрагивается до половых органов при одевании, мытье, при раскачивании на валике кресла и т.п.; палец случайно попадает в рот; ребенок трогает свои волосы при расчесывании. В этих случаях он испытывает приятные состояния, он успокаивается, и в дальнейшем ему захочется повторить эти приятные переживания, если он находится в состоянии тревоги, беспокойства, в ситуации депривации. Поэтому всякий раз, когда ребенку хочется успокоиться, уменьшить тревогу и напряжение, он будет намеренно совершать действия, которые постепенно станут привычными, и использование которых станет для ребенка самостоятельной потребностью.

Для возникновения каждой из привычек существуют специфические условия. Так, детский онанизм возникает при наличии у ребенка повышенной возбудимости, при ношении тугой одежды, при интенсивном внимании взрослых к процессу гигиены половых органов, при нездоровой реакции взрослых на естественный интерес ребенка к своим половым органам и их функциям, при насильственном кормлении ребенка, при частых физических наказаниях в области ягодиц. Онанизм возникает у детей при помещении их в закрытые учреждения, где дети предоставлены сами себе, погружены в собственные печальные переживания. Сосание большого пальца развивается у детей, у которых на первом году жизни не был в достаточной степени удовлетворен сосательный рефлекс (их не кормили грудью, не давали соски-пустышки), он начинает сосать нательное белье, а затем и собственный палец. Манипуляции с волосами и грызение ногтей, которые чаще наблюдаются у девочек, возникают в ситуации волнения, когда требуется показать свои способности, когда дети перегружены интеллектуальными занятиями.

Взрослые, считающие патологические привычные действия просто вредными привычками, ведут с ними борьбу, делая ребенку бесчисленные замечания, наказывая его, насильственно исключая привычное действие. Так, ребенку могут забинтовывать палец, который он сосет, смазывая бинт горчицей, строго-настрого запрещают грызть ногти, тщательно следя за ребенком, буквально вытягивая пальцы изо рта и т.д. Однако ребенок продолжает делать то, что ему приятно, просто более тщательно скрываясь от родителей, или продолжает совершает действия, несмотря ни на что. Эта тактика борьбы с патологическими привычками не приносит результата, наоборот, частота их проявления возрастает, так как дети испытывают все большее беспокойство и тревогу, когда противостоят родителям. Психологически адекватные способы устранения патологических привычек состоят в том, что необходимо обеспечить эмоциональный контакт родителей с ребенком, используя телесный контакт с ним, уменьшить число наказаний, увеличив число поощрений, помочь ребенку преодолеть повышенную тревогу и беспокойство.

***Тики*** *–* непроизвольные повторяющиеся движения в области головы и лица (мигание, наморщивание лба, шмыганье носом, раскрывание рта, подергивания губ, щек, поворачивание головы, произнесение звуков типа «кх», вздохи, покашливания, поперхивания и др.). Тики являются непроизвольными, а потому неконтролируемыми движениями, поэтому не могут рассматриваться как намеренное манерничанье и гримасничанье ребенка. Более того, если ребенок может на короткое время подавить свои тики, то это усиливает его нервное напряжение, и тики могут только усиливаться. Тики чаще встречаются у мальчиков, и отражают повышенный уровень нервно-мышечной возбудимости, их излишнюю импульсивность, неусидчивость. Неврозоподобные тики возникают при остаточных явлениях церебральной органической недостаточности, они отличаются упорным течением и мало зависят от ситуативных психологических факторов. Тики при неврозах в основном обусловлены действием психологических факторов, например, волнением, связанным с непривычной ситуацией общения, ожиданием тревожных событий, внутренними противоречиями и конфликтами. Тики поэтому являются формой психомоторной разрядки, отреагирования накопившегося внутреннего напряжения. Тики чаще возникают у детей особо впечатлительных, но интровертированных, испытывающих трудности с внешним выражением эмоциональных переживаний. Родители воспитывают таких детей, как правило, в условиях строгости, повышенных требований, требуют от них послушания, подавляют повышенную активность, не приветствуют шумных игр и занятий. Устранение тиков становится возможным только при воздействии на весь комплекс факторов, которыми они вызываются. Во всех случаях проявления тиков уменьшаются после окончания подросткового возраста.

***Логоневроз***(синоним – заикание) *–* нарушение темпо-ритмической организации, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Логоневроз может рассматриваться и как нарушение речи, и как невротическое нарушение. Подробнее заикание рассматривается в главе 12, посвященной нарушениям речи у детей.

***Элективный мутизм*** *–* состояние ребенка, при котором он владеет речью, но пользуется ею в определенных ситуациях. См. об этом также в главе 12. Это состояние может быть кратковременным, чаще у стеснительных, неуверенных в себе детей как способ их адаптации к новой незнакомой ситуации, в общении с новыми людьми. Так, ребенок, воспитывающийся на первом году жизни в условиях сильно ограниченных контактов с посторонними взрослыми, будет демонстрировать кратковременные состояния мутизма уже в раннем возрасте, как только овладеет речью. Такие дети не вступают в речевое общение на приеме у врача, у психолога, при обращении к ним людей в общественных местах (в магазине, в общественном транспорте). Как правило, после адаптационного периода (который будет различным у детей разного возраста и с разной глубиной мутизма – от получаса до нескольких дней) ребенок преодолевает мутизм и начинает использовать речь в процессе общения с новым для него человеком. Причем для улучшения состояния ребенка не требуется применение какие-либо мер, нужно всего лишь дать ребенку возможность приспособиться к новой для него ситуации, узнать незнакомых людей, то есть убедиться в том, что он в безопасности, и ему никто и ничто не угрожает.

Однако у отдельных детей такое расстройство является более серьезным, длительным и трудно поддается лечению и коррекции. Как правило, длительность элективного мутизма может доходить до нескольких лет. По своей природе это расстройство относится к эмоциональным нарушениям. К предпосылкам данного нарушения относится наличие у членов семьи ребенка трудностей в развитии речи в детстве, низкий уровень речевых контактов между членами семьи. Поводом к возникновению мутизма могут стать насмешки сверстников над неправильной речью ребенка или высокие требования взрослых к правильности речи, что особенно часто встречается в младшем школьном возрасте или совпадает с началом школьного обучения. Ребенок решает возникшую у него проблему в речи простым и удобным способом: он просто замолкает в тех ситуациях, в которых от него требуют хорошо и правильно говорить. И чем больше от него требуется правильно говорить, тем охотней он продолжает хранить молчание. Сохранению состояния мутизма способствует адаптивность ребенка: он научается выражать свои потребности с помощью жестов, мимики; окружающие понимают ребенка и без речи, поэтому он не чувствует серьезных проблем.

۞ ***Иллюстрация***

Случай элективного мутизма у девочки Б. 9 лет описан М. Раттером [15]. Родители девочки обратились к специалистам из-за того, что девочка перестала разговаривать в школе после первых двух месяцев обучения. Дети смеялись над произношением девочки, у которой был легкий иностранный акцент. В течение двух лет с ней занимались индивидуальной терапией, но результат был отрицательным. По просьбе родителей учительница стала приходить к девочке домой, и это немного помогло, так как девочка стала разговаривать с этой учительницей в школе во время обеда, но только если находилась с ней наедине. За пределами школы девочка разговаривала со всеми без ограничений легко и быстро, она легко вступала в контакт со сверстниками, у нее было много друзей. Она ладила со своими родителями, была с ними в теплых отношениях.

В классе она постоянно демонстрировала высокий уровень тревожности, и ей всегда уделялось слишком много внимания со стороны учителей. Из-за своего мутизма она получила много привилегий в школе. Ее состояние нисколько не беспокоило девочку, так как она выражала свои потребности невербальными средствами, и пользоваться речью у нее не было потребности. Но с помощью мутизма в школьных ситуациях ей удавалось избегать психотравмирующих, стрессогенных ситуаций, поэтому мутизм сохранялся, так как он обеспечивал девочке комфортное состояние.

Психологическая помощь детям с элективным мутизмом крайне необходима, ибо без нее состояние ребенка затягивается и может стать очень стойким, так как оно обеспечивает ребенку психологическую выгоду. Основные задачи психологической помощи:

- перестать требовать от ребенка говорить; на первом этапе использовать невербальное общение для установления благоприятных безопасных отношений с ребенком; разрешить ребенку пользоваться жестами и мимикой;

- стимулировать потребность ребенка в речевом общении, то есть добиваться того, чтобы получить нечто желаемое ребенок мог только, если он об этом попросит;

- выражать уверенность в том, что, когда ребенок захочет, он непременно воспользуется речью (но это будет его собственное решение);

- поощрять ребенка за любое использование речи; например в описанном выше случае, была разработана система баллов, которые девочке выставлял школьный учитель, за простой отклик «да» она получала наименьший балл, а за чтение на уроке вслух – наивысший балл. Когда девочка набирала определенную сумму баллов, она получала желаемые подарки от родителей.

### 13.6 Психологические основы помощи детям при дисгармоническом психическом развитии

Основной *целью* психологической помощи детям и подросткам с психопатией и патологическим формированием личности является гармонизация их личностной структуры, семейных взаимоотношений, а также совладание с актуальными психологическими проблемами. Как отмечает И.И. Мамайчук [12], трудности осознания своего поведения свойственны многим подросткам с патологическим формированием личности. Они проявляются в слабой рефлексии, в незнании своих характерологических особенностей, в недооценке подростком психотравмирующей ситуации, которая способствует дезорганизации его поведения и социальной дезадаптации. Именно поэтому важным направлением психокоррекции является психологическая поддержка в раскрытии личностного потенциала ребенка. Важная задача, решаемая в процессе психологической помощи – пробудить у подростка интерес к своей личности и особенностям своего поведения, на основе чего можно ставить задачи психокоррекции собственного поведения и отношений с окружающими.

Еще одна задача – обучение подростков распознавать и анализировать психотравмирующие ситуации, связывать собственное поведение с особенностями таких ситуаций. В зависимости от индивидуально-личностных особенностей для подростков психотравмирующими могут оказаться разные ситуации. Например, для подростков с гипертимным характером психотравмирующей оказывается монотонная, однообразная деятельность, для подростка с демонстративными чертами личности психотрамирующей является ситуация невнимания к его личности, для интровертированного подростка – ситуация вынужденного общения с другими людьми. Важно научить подростка объективно оценивать трудные для него ситуации, смотреть на них как бы со стороны. И.И. Мамайчук считает, что для решения задач психокоррекции с подростками наиболее эффективными являются групповые занятия с ними на уровне реального поведения, или «клинические ролевые игры», которые строятся по образцу и подобию реальной жизни.

Систему комплексной психологической коррекции неврозов у детей разработали А.И. Захаров [3; 4] и А.С. Спиваковская [16]. Психологическая помощь, по мнениию авторов, должна оказываться не только самому ребенку, но в первую очередь его родителям. Именно родители, реализуя патологизирующие типы своего отношения к детям, способствуют возникновению неврозов у детей. Поэтому главной задачей работы специалистов является психопрофилактика нарушений детско-родительских отношений, обучение родителей реализации гармоничных отношений с детьми. По мнению А.С. Спиваковской, психокоррекционная работа направлена на устранение искажений в психическом развитии ребенка, перестройку неблагоприятно сложившихся новообразований, форм эмоционального реагирования и стереотипов поведения, реконструкцию общего хода развития и воссоздаие полноценных обновленных контактов ребенка с миром. Для решения этих задач используются методы игровой психотерапии, сказкотерапии, арттерапии.

В практике работы с детьми с различными вариантами дисгармонического развития, с эмоциональными нарушениями широко используется *психогимнастика* – психокоррекционная система, адаптированная М.И. Чистяковой [18]. Занятия по психогимнастике включают в себя ритмику, пантомиму, коллективные танцы и игры. Занятия направлены на уменьшение тревожности, беспокойства, чувства страха, развитие коммуникативных навыков. На таких занятиях ребенок проигрывает сложные для него ситуации, изображая те чувства, которые он испытывает, обучаясь правильному поведению в этих ситуациях.

### 13.7 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания

1. Назовите основные отличия психопатии и патологических формирований личности.

2. Какие Вы знаете виды психопатий у детей, дайте их сравнительную характеристику.

3. Какие вы знаете варианты патологических формирований личности? Как связаны тип семейного воспитания и вариант патологического формирования личности?

4. По каким признакам можно отличить друг от друга:

а) эпилепсию и эпилептоидную психопатию;

б) циклоидную психопатию и аффективное расстройство настроения;

в) шизоидную психопатию и нарушение аутистического спектра;

г) истероидную психопатию и истерический невроз у детей;

д) тревожно-фобическое расстройство и черты психастенической личности?

5. Назовите основные виды внутриличностных конфликтов при разных неврозах.

6. Каковы направления и задачи психологической помощи при психопатиях у подростков, при неврозах у детей?

***Практическое задание № 1*.** Прочитайте описанные А.И. Захаровым [3] случаи неврозов у детей. Определите основной вид внутриличностного конфликта у этого ребенка. К какому виду невроза предположительно можно отнести описанные случаи? Сформулируйте задачи психологической помощи детям в каждом случае.

1). Мальчик, 8 лет. Его родителей беспокоили неустойчивость настроения мальчика, раздражительность, повышенная плаксивость и обидчивость, быстрая утомляемость и головные боли к концу дня. Будучи эмоционально чувствительным и впечатлительным, мальчик много волновался, переживал, легко расстраивался, испытывал страх перед неизвестным, растерянность в новой обстановке, с трудом переносил ожидание. Состояние ухудшалось с началом учебного года. Посещает обычную и музыкальную школы, учится хорошо, но очень быстро устает. Мать ежедневно контролирует уроки, заставляет переписывать заново при любой ошибке. Оба родителя много беспокоятся, часто угрожают наказанием и срываются на крик при малейшей оплошности. Мальчик опасается сделать что-нибудь «не так, как следует», ошибиться, попасть впросак, не успеть, опоздать, у него есть опасения не справиться, быть не тем, о ком хорошо говорят, кого ценят, любят и уважают. От ребенка требовалось делать все точно, правильно, вовремя, безукоризненно, следуя нетерпеливым, принципиально строгим, беспокойным родителям. Родители были часто сердиты и недовольны, забывали похвалить мальчика и ободрить его, никогда не были жизнерадостными и непосредственными в отношениях с ним.

2). Мальчик, 7 лет. Обладал повышенной возбудимостью, испытывал большое количество страхов с ведущим страхом Черной руки. Не мог долго заснуть вечером, просил мать побыть рядом, беспокойно спал, вздрагивал во сне. В раннем детстве перенес несколько соматических заболеваний, госпитализировался без родителей. Во время беременности мать много волновалась, сдавала экзаменационные сессии в университете. В семье был напряженный конфликт между тревожно-мнительной с истерическими чертами характера матерью и жестким, повышенно принципиальным отцом. На этом фоне нарастали возбудимость и эмоциональная неустойчивость мальчика. После разрыва отношений между родителями в 5 лет остался с матерью и еще более тревожной бабушкой, которая везде его сопровождала и ограничивала его природную активность. После 6 лет у мальчика появились тики, свидетельствующие о высоком нервно-психическом напряжении, ограничении двигательной активности. Появились эпизоды энуреза, страх Черной руки приобрел навязчивый характер.

***Практическое задание № 2.*** Как следует из описаний видов психопатий и неврозов у детей и подростков, они имеют существенные сходства и различия, поэтому провести различия между ними достаточно сложно. Составьте обобщенную характеристику психопатии и невроза у детей, опираясь на таблицу, составленную А.И. Захаровым [2, с. 12], чтобы на основании составленных характеристик можно было бы провести дифференциальную диагностику невроза и психопатии.

Таблица 13.1 – Дифференциальная диагностика невроза и психопатии

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Сфера отграничения** | **Неврозы** | **Психопатии** |
| 1 | Наследственность | Не значима | Предопределяющая |
| 2 | Патологические изменения характера | Парциальные (отдельные черты) или отсутствуют | Тотальные (патологический склад характера в целом) |
| 3 | Расторможенность | Отсутствует | Выражена |
| 4 | Конфликтность в сочетании с агрессивностью и жестокостью | Отсутствует | Выражена |
| 5 | Чувства вины, стыда, сочувствие, переживание случившегося | Выражены | Отсутствуют |
| 6 | Устойчивость проявлений | Обратимость в результате благоприятного изменения обстоятельств или лечения | Относительная необратимость и устойчивость |
| 7 | Отношение к оказанию помощи и лечению | Положительное, поиск помощи | Отрицательное, отказ и негативизм |

### 13.8 Библиография по теме «Дисгармоническое психическое развитие: дети с эмоциональными нарушениями»

1. Варга, А.Я. Структура и типы родительского отношения: дисс. … канд. психол. наук / А.Я. Варга. – Москва, 1986.
2. Захаров, А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка: книга для воспитателя детского сада / А.И. Захаров. – М. : Просвещение, 1986. – 128 с.
3. Захаров, А.И. Неврозы у детей и подростков : Анамнез, этиология и патогенез / А.И. Захаров. – Л. : Медицина, 1988. – 248 с.
4. Захаров, А.И. Неврозы у детей / А.И. Захаров. – СПб. : Дельта, 1996. – 480 с.
5. Исаев, Д.Н. Половое воспитание и психогигиена пола у детей / Д.Н. Исаев, В.Е. Каган. – Л. : Медицина, 1979. – 184 с.
6. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М. : Медицина, 1979. – 608 с.
7. Лебединская, К.С. Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания / К.С. Лебединская. – М. : Медицина, 1969.
8. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей / В.В. Лебединский. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 165 с.
9. Лидерс, А.Г. Психологическое обследование семьи : учеб. пособие-практикум для студ. факультета психологии высш. учеб. заведений / А.Г. Лидерс. – М. : Изд. центр «Академия», 2006. – 432 с.
10. Максимова, Н.Ю. Курс лекций по детской патопсихологии : учеб. пособие / Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютина. – Ростов н/Д : Феникс, 2000. – 576 с.
11. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 220 с.
12. Мамайчук, И.И. Психокоррекционые технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2004. – 400 с.
13. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 / Всемирная организация здравоохранения ; пер. на русск. язык О.Ю. Донец; ред. и предисл. А.Н. Моховикова ; вступ. статья А.А. Северного. – М. : Смысл; СПб. : Речь, 2003. – 407 с.
14. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1961. – 426 с.
15. Раттер, М. Помощь трудным детям / М. Раттер ; пер. с англ. О.В. Баженовой, Г.Г. Гаузе; общ. ред. А. С. Спиваковской. – М. : Прогресс, 1987. – 420 с.
16. Спиваковская, А.С. Психотерапия: игра, детство, семья : в 2 т. / А.С. Спиваковская. – М. : ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.
17. Сухарева, Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. – М. : Медицина, 1974. – 320 с.
18. Чистякова, И.И. Психогимнастика / М.И. Чистякова; под ред. М*.*И*.* Буянова. – 2-е изд. – М. : Просвещение : ВЛАДОС, 1995. – 160 с.
19. Эйдемиллер, Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 1999. – 656 с.

## РАЗДЕЛ 3

## ПРИКЛАДНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

# Глава 14 Психологическая помощь детям с отклонениями в развитии

***Основные понятия.*** *Психодиагностика, психологический анамнез, психологический диагноз, психологический прогноз; история развития ребенка, принципы психодиагностики, задачи психодиагностики.*

*Психологическое сопровождение; реабилитация, абилитация.*

*Психологическая коррекция; принципы психокоррекции, психокоррекционная ситуация, коррекционная программа, эффекты коррекционной работы.*

**Содержание**

14.1 Психодиагностика отклоняющегося развития как прикладной раздел специальной психологии.

14.2 Психологическое сопровождение и реабилитация детей с отклонениями в развитии.

14.3 Психокоррекция отклоняющегося развития как прикладной раздел специальной психологии.

14.3.1 Теоретические основы психологической коррекции.

14.3.2 Проблема содержания и методов психологической коррекции.

14.4 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля, практические задания.

14.5 Библиография по теме «Психологическая помощь детям с отклонениями в развитии».

### 14.1 Психодиагностика отклоняющегося развития как прикладной раздел специальной психологии

***Психодиагностика*** *–*отрасль психологии, разрабатывающая методы выявления индивидуальных особенностей и перспектив развития человека. Психодиагностика позволяет определить наличие у индивида какого-либо психического свойства или качества и измерить уровень его выраженности по сравнению с другими индивидами.

В практической психологии термин «психодиагностика» имеет другое значение – психодиагностика рассматривается как вид практической деятельности психолога. Психодиагностика в специальной психологии выявляет своеобразие психического развития особого ребенка, позволяет составить его психологическую характеристику, определить пути его обучения и воспитания, оказания ему специализированной помощи.

Изначально психодиагностика в дефектологии решала задачи отбора детей в специальные учреждения образования, определения программы обучения и формы обучения ребенка в зависимости от вида отклонений в развитии, актуальных и потенциальных возможностей ребенка с особенностями психофизического развития. Правильно подобранный образовательный маршрут для ребенка с ОПФР обеспечивает оптимальные возможности для его развития, профилактики дальнейших нарушений в развитии. Ошибочно выставленный диагноз, неверно подобранный образовательный маршрут приведут к углублению имеющихся нарушений в развитии у детей. Например, к каким последствиям приведет помещение ребенка с нарушением слуха (по поведению напоминающего ребенка с интеллектуальной недостаточностью) во вспомогательную школу?

В современных условиях развития теории и практики специальной психологии ***психодиагностика решает и другие задачи***:

* задача отделения нормы от отклонений в развитии, выявление детей с особенностями психофизического развития;
* задача установления структуры нарушений развития;
* задача дифференциальной диагностики нарушений развития;
* задача составления прогноза развития ребенка;
* задача определения направлений коррекционной работы с ребенком;
* задача контроля хода психического развития ребенка и оценка эффективности коррекционной работы с ним.

Решая указанные задачи психодиагностики, психолог выступает как эксперт в области отклоняющегося развития. Современными авторами (Н.Я. Семаго и М.М. Семаго) предлагается рассматривать психодиагностику в специальной психологии как поэтапную технологию деятельности психолога по оценке психического развития ребенка [22].

Изучение ребенка должно быть построено на основе следующих ***принципов*** (И.А. Коробейников, И.Ю. Левченко, М.М. и Н.Я Семаго, О.Н. Усанова):

*1) Принцип научности и объективности:* при изучении ребенка с отклонениями в развитии необходимо ориентироваться в научных теориях, объясняющих природу и механизмы нарушений у детей и возможностях коррекционно-педагогической работы с ними. При изучении детей необходимо использовать только достоверные, научно обоснованные методы и методики изучения детей, а также организовывать их изучение на основе принципов научной методологии.

*2) Принцип комплексности и системности:* установление иерархии в структуре нарушений развития, а также анализ вклада каждой из структур психической деятельности в общую картину нарушений развития у ребенка.

*3) Принцип развития:* ребенок с отклонениями находится в процессе постоянного развития, поэтому необходимо выявлять особенности развития каждого ребенка, возникающие при этом проблемы, определять количественные и качественные характеристики, позитивные и негативные тенденции в его развитии.

*4) Принцип негативной и позитивной диагностики* предполагает выявление, во-первых, тех психических функций и процессов, которые отличаются признаками отклоняющегося развития: недоразвития, задержки развития, дефицитарности, искаженности, дисгармоничности, во-вторых, тех, которые являются относительно сохранными, условно нормативными. Результаты негативной диагностики используются для постановки задач работы с ребенком, а результаты позитивной диагностики позволяют определить те ресурсы, на основе которых можно строить коррекционно-педагогическую работу с ним.

*5) Принцип ориентации на возраст развития ребенка* в процессе его изучения. Возраст развития ребенка определяет достигнутый им уровень развития, причем возраст развития может различаться в разных областях (сферах) развития. Поэтому при изучении и диагностике необходимо ориентироваться, в первую очередь, на реальный уровень развития ребенка, а не столько на его хронологический возраст. Это особенно важно при подборе методов и методик изучения ребенка.

***Этапы психодиагностического обследования***

Психологическое изучение ребенка с отклонениями в развитии проводится поэтапно, на каждом из которых последовательно решаются задачи психодиагностики.

На *первом этапе* проводится выявление детей, имеющих отклонения в развитии с целью определения для них особых условий обучения и воспитания. На этом этапе психолог должен осознавать, что определение детей с отклонениями в развитии не имеет самостоятельного значения, так как в этом случае будет просто происходить навешивание ярлыков, чего нельзя допустить. Иногда первый этап называют «скринингом» (от англ. screen – «просеивать, сортировать»). *Основная задача скрининга – выявление детей с риском отклонений в развитии без уточнения характера отклонения.* В современной практике скрининг может быть проведен психологом, к которому обращаются с запросом педагоги, отмечающие трудности в работе с ребенком, или родители, обеспокоенные поведением или развитием своего ребенка. Может быть специально организовано скриниг-обследование школьного класса и группы детского сада психологом в учреждении образования.

Для решения задачи отделения нормы от отклонений в развитии необходимо предпринять следующие шаги. На основе знания нормативных показателей развития ребенка психолог выявляет у конкретного ребенка наличие/отсутствие данных показателей, затем производит сравнение теоретически определенных показателей с установленными в обследовании показателями у ребенка, и принимается решение о характере развития данного ребенка (нормативное развитие или отклоняющееся развитие).

На *втором этапе* проводится углубленное изучение ребенка, особенности развития которого обнаружены на этапе скрининга. На этом этапе изучение проводится в такой последовательности:

– сбор анамнеза (анамнез жизни и анамнез развития ребенка) и составление истории развития ребенка;

– наблюдение за ребенком;

– психодиагностическое обследование ребенка.

*Составление истории развития ребенка.*В истории развития ребенка описываются особенности его развития, воспитания и обучения в период, предшествующий его изучению. История развития представляет собой медико-психолого-педагогический анамнез жизни и болезни ребенка.

При составлении истории развития ребенка специалист должен опираться на данные истории болезни, результаты диагностической беседы с родителями ребенка (или другими лицам, их замещающими). При составлении истории развития используются также документы, касающиеся пребывания ребенка в других учреждениях образования и здравоохранения. Каждый из специалистов должен уметь «читать» документацию своих коллег и черпать из нее сведения, необходимые для составления полной картины развития ребенка.

*Методы психолого-педагогического изучения ребенка с отклонениями в развитии:*

* наблюдение в естественных условиях (спонтанное поведение ребенка, самостоятельная деятельность с предметами окружения, общение с другими людьми, организованные педагогами занятия);
* включенное наблюдение (при организации диагностической ситуации);
* беседа (с ребенком, с педагогами, с родителями и лицами, их замещающими);
* изучение продуктов деятельности ребенка (рисунки, поделки, сочинения и др.);
* обучающий эксперимент.

Изучение ребенка необходимо начинать с постепенного установления с ним контакта, обеспечения ребенку такого эмоционального состояния, когда он чувствует себя относительно безопасно в присутствии обследующего. Если у ребенка в присутствии специалиста все еще сохраняются защитные формы поведения, это обозначает, что он еще не стал для ребенка знакомым человеком, и в этом случае поведение ребенка будет неестественным, а результаты наблюдения за ним – недостоверными.

*Включенное наблюдение* предполагает изучение ребенка в процессе выполнения им специально подобранных заданий, которые обнаруживают возможности ребенка в тех или иных областях. Психолог организует ситуацию взаимодействия с ребенком, предлагает ему задание, которое является по своей цели диагностическим, а затем изучает ребенка в процессе выполнения этого задания. Организовывать такие ситуации можно лишь после того, как обследующий смог установить контакт с ребенком, и ребенок хотя бы частично может принимать предложенные задания. Если организация такой ситуации все еще остается невозможной, можно организовать ситуацию косвенного обследования. Для этого материал для обследования помещается в поле зрения ребенка или таким образом, чтобы он сам обратил внимание на этот материал. После того, как ребенок сосредоточил свое внимание на материале, можно фиксировать все действия и высказывания ребенка, связанные с данным материалом.

*Наблюдение за ребенком в свободной деятельности в привычных условиях.* Ребенок находится в привычном для него помещении, например, в групповом помещении детского сада, в игровой комнате. Специалист проводит протоколирование («фотозапись») поведения ребенка в данной ситуации. В протоколе фиксируются все действия ребенка с предметами, с игрушками, все высказывания, обращения его к другим людям (взрослым и сверстникам), по возможности описываются мимика и пантомимика ребенка. Следует обратить особое внимание на описание поведения ребенка в условиях организованного занятия (урока). Наблюдение проводится не менее трех-четырех раз в разное время дня, общая продолжительность наблюдения – 1,5–2 часа.

Результатом предварительного изучения ребенка с помощью наблюдения и бесед со взрослыми, воспитывающими ребенка, изучения продуктов деятельности психолог может сформулировать *гипотезу*, в которой будут обозначены предположения о возможном виде отклоняющегося развития у ребенка и его психологическом диагнозе. С учетом гипотезы *планируется психодиагностическое обследование ребенка.*

***Схема психодиагностического обследования ребенка с отклонениями в развитии:***

1. Информативная сторона деятельности (беседа направлена на установление эмоционального контакта, ее содержание – выявление представлений ребенка об окружающем (вопросы соответственно возрасту):

а) вопросы, относящиеся к ребенку и его семье;

б) вопросы на ориентацию во времени и пространстве (где живет, домашний адрес, сколько этажей в доме, знание лево-правой ориентации, времен года, месяцев, дней недели, что такое сутки, когда завтракают, обедают, ужинают);

в) вопросы, выявляющие кругозор ребенка (какие знает города, праздники, домашних и диких животных);

г) вопросы, выявляющие интересы ребенка (какой деятельностью любит заниматься: играть, читать, слушать музыку; любимая книга, игрушка, телепередача).

2. Организующая сторона деятельности (приемы и способы регуляции деятельности ребенка):

а) интерес, активность, возможность ставить цели или принимать их, если они поставлены педагогом, удерживает цель, контролирует ли ход исполнения и результат решенной познавательной задачи, насколько правильно оценивает свою деятельность, способен ли осуществлять перенос с ранее усвоенного задания на последующее, может ли проявлять гибкость и самостоятельность в решении задач, насколько способен проявлять умственное напряжение при трудностях и неудачах, как использует помощь и в каких видах помощи нуждается (наводящий вопрос, подсказка, объяснение, показ, многократное повторение, особенности работоспособности (продуктивность, истощаемость, внимания, отвлекаемость, переключаемость);

б) общая характеристика деятельности (ориентировочная деятельность, понимание обращенной речи, вербализация, целенаправленность).

3. Оперативная сторона деятельности (приемы, процессы, способы, операции, с помощью которых осуществляется познание и прежде всего мышление как его высшая ступень). Применение операций анализа, синтеза, сравнения, обобщения, логики, абстрагирования и конкретизации.

Психодиагностическое обследование осуществляется с помощью *набора специального подобранных психологом методик,* которыеотбираются с учетом предварительной гипотезы о характере нарушений развития у детей, с учетом возрастных особенностей его развития, а также предполагаемого уровня развития ребенка (то есть возраста его развития). В специальной психологии используется большой набор психодиагностических методик, которые имеют давнюю историю разработки и использования, а также методики, разработанные современными авторами.

Самые первые попытки использования психодиагностических методик при обследовании детей с отклонениями в развитии относятся к практике классических психометрических тестов. Тесты для детей разрабатывались первоначально основоположниками тестологии А. Бине и Т. Симоном, а более поздние тесты для оценки интеллектуального развития детей были разработаны Д. Векслером. В русскоязычной психологии Ю. Гильбухом и А.Ю. Панасюком были сделаны модификации теста Д. Векслера [11]. Как и любой тест интеллекта, тест Векслера позволяет дать количественную оценку различных сторон интеллектуального развития детей. В тесте Векслера задания (субтесты) подразделяются на вербальные и невербальные, что позволяет количественно оценить разные стороны интеллектуального развития у детей, которые связаны и не связаны непосредственно с развитием речи у детей.

При обследовании детей, особенно с целью дифференциальной диагностики, используется *методика обучающего эксперимента*, разработанная А.Я. Ивановой, с помощью которой определяется обучаемость ребенка, то есть способность к обучению, способность принимать обучающие воздействия взрослого. Обучающий эксперимент помогает определить зону ближайшего развития ребенка, так как запланированная заранее, дозированная помощь позволяет видеть и точно измерять продвижение ребенка в решении задачи. Описание методики обучающего эксперимента см. в разделе 7.5 данного учебного пособия.

Классические психодиагностические методики берут свое начало в разработках С.Я. Рубинштейн [20], систематизировавшей пато-психологические методики (методика классификации, исключения лишнего, последовательных событий, пробы Бурдона, методика запоминания десяти слов, пиктограмма, методика на простые и сложные аналогии и многие другие широко известные методики). На основе данных методик И.А. Коробейниковым [10; 11] была разработана целостная диагностическая процедура и диагностический материал, позволяющие обследовать разные стороны развития у детей, преимущественно интеллектуальное развитие. Диагностический комплекс, широко использовавшийся в практике отбора детей во вспомогательную школу, был разработан С.Д. Забрамной [9].

В основе разработки психодиагностических методик лежат определенные методологические позиции авторов, поэтому их использование может строиться только в контексте изучения этих позиций. Кроме описания самих методик авторами разрабатываются также схемы их использования, способы оценки полученных данных, их интерпретации и выводы по результатам применения. К современным психодиагностическим системам, которые используются в специальной психологии, можно отнести методические комплексы Н.Л. Белопольской [3], М.М. Семаго и Н.Я. Семаго [22; 23], набор нейропсихологических методик А.В. Семенович [21], диагностическую программу И.Ю. Левченко и Н.А. Киселевой [12], диагностическую программу О.Н. Усановой [26] и др.

Результатом психодиагностического обследования ребенка является описание особенностей его психического развития, состояния развития отдельных психических функций, индивидуально-психологических особенностей ребенка. На этом основании решаются такие задачи психодиагностики, как установление структуры отклонения в развитии и определение вида отклоняющегося развития. Для решения этих задач психолог должен хорошо знать характеристику каждого вида отклоняющегося развития и структуру нарушения каждого вида. Сопоставляя результаты изучения ребенка с теоретическими знаниями о видах отклоняющегося развития, можно установить и структуру нарушения в совокупности сохранных и нарушенных функций, и обозначить вид отклоняющегося развития.

Важной задачей психодиагностики является также *задача дифференциальной диагностики* отклоняющегося развития. Разные виды отклоняющегося развития существенным образом различаются между собой. Однако многие виды отклоняющегося развития сходны по отдельным признакам, которые, как правило, являются второстепенными, в то время как по существенным признакам разные виды отклоняющегося развития между собой различаются. Поэтому в большинстве случаев необходимо осуществить сравнение видов отклоняющегося развития попарно. Сравнение обозначает необходимость обнаружения сходства и различия между видами; при сравнении необходимо опираться на основные, главные, существенные признаки данного вида отклоняющегося развития, так как именно по этим признакам виды развития и были выделены.

Перечислим те виды отклоняющегося развития, между которыми трудно провести дифференциацию, так как по некоторым признакам они сходны:

- психическое недоразвитие и задержка психического развития;

- психическое недоразвитие и поврежденное развитие;

- детский аутизм и нарушения слуха;

- детский аутизм и нарушения зрения;

- задержка психического развития и недоразвитие речи;

- психическое недоразвитие и нарушение слуха в виде слабослышания.

О критериях диагностики различий между видами отклоняющегося развития можно прочитать в соответствующих главах данного пособия, посвященных конкретным видам отклоняющегося развития.

Еще одним результатом углубленного психодиагностического изучения ребенка является *составление прогноза развития* ребенка – это также одна из задач психодиагностики в специальной психологии. Составление прогноза развития ребенка имеет большую практическую значимость. Прогноз выступает как цель, определяющая максимально возможный уровень достижений ребенка. Заметим, что на консультации у психолога родители, имеющие ребенка с ОПФР, как правило, задают вопрос: «А что будет с моим ребенком? Что с ним станет? Сможет ли он жить самостоятельно? Сможет ли он приобрести профессию и работать по ней? Сможет ли он завести свою семью в будущем?» и т.п. В большинстве случаев те родители, чей ребенок еще маленький и не обучается в школе, задают и такой вопрос: «А сможет ли мой ребенок пойти в обычную школу вместе со всеми?» или как вариант этого вопроса: «Когда мой ребенок сможет пойти в обычную школу?» Прогноз развития ребенка весьма важен для родителей, которые хотят определенности по поводу будущего их ребенка, которые стараются не упустить время для реализации всех возможностей ребенка.

Для составления прогноза развития ребенка необходимо осуществить следующие шаги: выделить вид отклоняющегося развития, степень его тяжести, определить прогноз, типичный для данного вида нарушений, применить типичный прогноз к данному ребенку в зависимости от условий его развития. Однако следует иметь в виду, что прогноз развития ребенка с отклонениями имеет условно-вероятностный характер: он определяет вероятность прогнозируемого исхода только в зависимости от реализации определенных условий. Поэтому при одних условиях прогноз будет одним, а при других условиях – другим.

*Содержанием прогноза* являются самостоятельность/независимость ребенка в будущем, доступный уровень образования, возможность получения профессии, профессиональное будущее. В качестве условий осуществления прогноза в большинстве случаев выступают возможности оказания качественной профессиональной помощи ребенку, наличие специализированных центров реабилитации, социально-экономические условия проживания ребенка, социально-психологический статус семьи, которая способствует или не способствует развитию ребенка и его успешной реабилитации.

Конечным итогом изучения ребенка является установление психологом *психологического диагноза.* Это понятие еще не имеет четкой и однозначной трактовки в специальной психологии, поэтому мы опишем основные подходы к его пониманию и определению.

При оценке развития ребенка могут быть выставлены различные виды диагноза. Так, *клинический диагноз*, построенный по нозологическому принципу, описывает ребенка в терминах его болезни, устанавливает соответствие его состояния той или иной болезни или синдрому. Клинический диагноз может звучать следующим образом: детский аутизм, атипичный аутизм, детская шизофрения, олигофрения, дементный синдром и др.

Педагогический и логопедический диагнозы, построенные по феноменологическому принципу, описывают совокупность знаний, умений и навыков ребенка в определенной области: учебные достижения, уровень воспитанности, уровень его речевого развитии и т.п.

*Психологический диагноз* представляет собой заключение по результатам изучения психологических особенностей человека. Л.Ф. Бурлачук определяет психологический диагноз как «…конечный результат деятельности психолога, направленной на выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности» [4, с. 130]. А.Ф. Ануфриев определяет психологический диагноз как «отнесение состояния ребенка к устойчивой совокупности психологических переменных, обусловливающих определенные параметры деятельности или состояния обследуемого» [2, с. 29]. И.А. Коробейников предлагает использовать понятие *функционального* диагноза: «это комплексная характеристика индивидуальных особенностей психосоциального развития ребенка, включающая в себя оценку реального вклада и конкретных проявлений церебро-органических расстройств, психологической структуры психической деятельности и качества сформированности основных социальных навыков (поведенческих, коммуникативных, учебно-познавательных)» [11 с. 56].

Л.С. Выготский выделял три вида психологического диагноза: симптоматический диагноз, этиологический диагноз и типологический диагноз. *Симптоматический диагноз* ограничивается описанием симптомов, то есть констатацией определенных индивидуально-психологических симптомов, на основании которых непосредственно строятся практические выводы. Однако на основании симптоматического диагноза нельзя сделать вывод о причинах, механизмах, об общей структуре развития ребенка. Вторая ступень диагностики – *этиологическая*, или причинная диагностика: учитывается не только наличие определенных симптомов, но и вызывающие их причины, на основании этой диагностики выставляется этиологический диагноз. Третья ступень в диагностике – *типологическая диагностика*, на основании которой выставляется типологический диагноз. «Мы должны стремиться к определению того или иного типа развития, того или иного пути, по которому это развитие должно пойти. … Наша диагностика заключается в определении типа детской личности в динамическом смысле этого понятия» [6, с. 318]. Таким образом, выделенные виды психологического диагноза одновременно рассматриваются и как этапы его постановки.

В терминологии Л.С. Выготского симптоматический диагноз звучит как перечисление симптомов нарушений психических процессов: неточность и неполнота образов восприятия, низкий уровень механической памяти, сниженный объем внимания, неадекватная самооценка, низкий уровень притязаний, несформированность словесно-логического мышления и т.п. Этиологический диагноз позволяет говорить о причинах выявленных нарушений и механизмах их возникновения: описание проводится в терминах первичного и вторичного дефектов, что позволяет проследить последовательность и характер межфункциональных связей в структуре психики. Типологический психологический диагноз выставляется ребенку в координатах тех типов (видов) отклоняющегося развития, в которых работает психолог. Так, если психолог ориентирован на типологию отклоняющегося развития В.В. Лебединского, то психологический диагноз может звучать, например, следующим образом: характер психического развития соответствует искаженному развитию, или поврежденному развитию, или задержанному психическому развитию с преобладанием явлений психического инфантилизма. Если психолог работает в координатах типологии Н.Я. Семаго и М.М. Семаго, то психологический диагноз может звучать следующим образом: «…в данном случае можно говорить о парциальной несформированности регуляторного компонента деятельности у истощаемого ребенка с низким уровнем психического тонуса и психической активности, отягощенного эмоциональной незрелостью» [23, с. 352].

В качестве основы для выставления развернутого обоснованного психологического диагноза может быть также использована «Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте» (в соответствии с МКБ-10) [16]. Данная классификация ценна тем, что она предлагает описывать применительно к каждому отдельному ребенку 6 осей диагноза: 1) клинические патопсихологические синдромы; 2) специфические расстройства психического развития; 3) уровень интеллекта; 4) соматические состояния; 5) сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации; 6) общая оценка нарушения психосоциальной продуктивности.

Следует помнить, что выставлять диагноз ребенку в соответствии с МКБ-10 имеет право только врач (психоневролог, психиатр). Психолог может воспользоваться данным руководством лишь в качестве справочно-информационного материала.

Результатом изучения и проведения психодиагностического обследования является составление заключения на обследуемого ребенка, которое может быть составлено по разным схемам. Мы предлагаем при составлении заключения пользоваться следующей схемой.

***Схема составления заключения на ребенка с отклонениями в развитии***

* Основные данные ребенка, жалобы со стороны родителей и

педагогов.

* Краткие сведения из анамнеза.
* Общая характеристика внешнего вида и поведения ребенка.
* Общая характеристика деятельности и общения ребенка.
* Уровень развития психических познавательных и речевых

процессов.

* Аффективная и эмоционально-личностная сфера.
* Психологический диагноз (вид отклоняющегося развития).
* Условно-вероятностный прогноз развития ребенка.
* Рекомендации по дальнейшему сопровождению ребенка, в том числе задачи и направления коррекционно-педагогической работы с ним.

Таким образом, в теории и практике специальной психологии накоплен значительный опыт теоретического обоснования, разработки и использования психодиагностического инструмента в работе с детьми с особенностями психофизического развития. *Однако нерешенным остается ряд проблем – обозначим некоторые из них.*

Серьезные проблемы существуют при решении задачи разделения нормы и патологии, то есть дифференциации нормально развивающихся детей от детей с отклонениями в развитии. Эта проблема связана с существующей до сих пор неопределенностью понятия «нормальное развитие», или «нормативное развитие», в психологии, с отсутствием однозначных критериев отнесения того или иного варианта развития ребенка к нормативному или отклоняющемуся. В специальной психологии также нет однозначно установленных и принятых всеми исследователями нормативов развития ребенка, на основании которых можно было бы вполне определенно отнести развитие ребенка к нормативному. Теоретически это вряд ли возможно в связи с большим разнообразием вариантов развития с точки зрения социального, экономико-географического, культурального, религиозного разнообразия форм социальной жизни. В практике психодиагностики все еще широко представлен так называемый «интуитивно-эмпирический подход», по определению В.И. Лубовского [13], когда заключение о соответствии развития ребенка возрастным нормативам принимается на основе практического опыта специалиста и его профессиональной интуиции.

Существуют также проблемы использования разработанных методов и психодиагностических методик для обследования отдельных категорий детей с отклонениями в развитии. Так, например, ряд методик требуют учета времени выполнения тестовых заданий, и от времени выполнения ребенком задания зависит получаемая им оценка, которая положена в основу заключения на ребенка. Но у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата ограничение движений руками не связано прямо со снижением у них интеллектуальных функций, поэтому для них необходимо разрабатывать такие методики, в которых не учитывается скорость выполнения ими задания.

Еще большие сложности возникают при оценке развития детей с аутистическими нарушениями. Эти дети не могут воспринимать задание, данное специалистом, как это требуется при предъявлении заданий в психодиагностике. Поэтому большинство используемых заданий детям недоступны, и их изучение проводится преимущественно с помощью наблюдения, косвенного обследования, что не всегда обеспечивает объективность и надежность полученных результатов. Недаром специалисты и родители приходят к выводу, длительно наблюдая за ребенком с аутизмом, что возможности этих детей значительно больше, чем они показывают это при специальном обследовании, а их реальных возможностей никто определить и не может.

### 14.2 Психологическое сопровождение и реабилитация детей с отклонениями в развитии

В специальной психологии и в других науках, изучающих детей с отклонениями в развитии, используются различные понятия, описывающие деятельность специалистов, направленную на оказание помощи таким детям. К ним относятся: психологическое сопровождение, помощь, поддержка, реабилитация, абилитация, коррекция и др.

В словаре русского языка «сопровождать» обозначает «идти, ехать вместе с кем-либо в качестве спутника или провожатого». Сопровождать ребенка в его развитии обозначает идти рядом с ним, содействовать развитию, устранять препятствия на этом пути.

*Психологическое сопровождение* детей с отклонениями в развитии – это целостная деятельность психолога, направленная на создание системы клинико-психологических, психолого-педагогических и психотерапевтических условий, способствующих успешной адаптации, реабилитации и личностному росту детей в социуме.

Таким образом, конечной целью психологического сопровождения считается создание условий для успешного психического и личностного развития ребенка в данной ему социальной ситуации развития.

Психологическое сопровождение развития ребенка с отклонениями в развитии включает все виды деятельности психолога – психодиагностику, психопрофилактику, психокоррекцию, психотерапию, психологическое консультирование. Объектами психологического сопровождения являются не только сам ребенок с ОПФР, но и его родители, а также другие значимые для ребенка взрослые и дети. Поэтому психологическое сопровождение ребенка с отклонениями в развитии должно быть основано на психологическом фундаменте – это знание и понимание закономерностей развития ребенка, учет и использование законов его развития, понимание на рациональном, эмоциональном и чувственном уровнях того, как он воспринимает окружающий мир, какова собственная картина мира особого ребенка.

Психологическое сопровождение развития ребенка с ОПФР может рассматриваться как составная часть комплексного процесса *реабилитации.* В буквальном переводе термин «реабилитация» обозначает «восстановление (возврат) способностей». Если исходить из буквального значения слова, то реабилитация может проводиться только с теми людьми, которые обладали определенными способностями, но по каким-то причинам утратили их. Дети с отклонениями в развитии в большинстве своем не владели теми способностями, которые у них не развиты в настоящее время, у них этих способностей никогда не было (исключение составляют лишь дети с деменцией или дементным синдромом). Например, ребенок с ДЦП никогда не умел ходить, не умел хватать предметы и совершать с ними действия, поэтому к задачам его реабилитации относится обучение навыкам ходьбы, навыку хватания, действиям с предметами. Поэтому более точным термином применительно к практике работы с детьми является термин «*абилитация»* – приобретение ребенком отсутствующих у него способностей в процессе его роста и развития, а также в специально организованных условиях. В.М. Сорокин [25] предлагает рассматривать абилитацию как систему только раннего вмешательства в процесс развития ребенка с целью достижения его максимальной приспособленности к внешним условиям существования с учетом индивидуальных особенностей имеющихся нарушений.

Однако в соответствии с устоявшейся традицией по отношению к детям с особенностями психофизического развития также употребляется термин «реабилитация», который имеет два значения.

Реабилитация – это 1) приобретение утраченных способностей в процессе роста и развития, а также в специально организованных условиях; 2) организованная система профессиональной деятельности, цель которой – способствовать приобретению утраченных способностей; комплекс мероприятий по восстановлению утраченных или ослабленных функций организма, возникших в результате заболевания, повреждения или функционального расстройства.

*Абилитация и реабилитация* – это термины, которые чаще используются в медицинской практике, поэтому данные виды профессиональной деятельности в обязательном порядке включают клинические методы и методики работы с детьми. При этом реабилитация рассматривается как комплексная медико-психолого-педагогическая система работы с ребенком с отклонениями в развитии. Это положение предполагает, что в процессе реабилитации участвуют специалисты разного профиля, а также решаются комплексные задачи восстановления различных функций: от двигательных до личностных и социальных. Конечной (идеальной) целью реабилитации является полное восстановление функциональных и социальных возможностей человека, обеспечение его самостоятельного полноценного функционирования в обществе.

### 14.3 Психокоррекция отклоняющегося развития как прикладной раздел специальной психологии

В переводе с латинского слово «коррекция» обозначает «исправление недостатков, частичное изменение, поправка» (см. Словарь иностранных слов). Таким образом, слово «коррекция» в соответствии с его этимологией имеет отношение к процессу исправления, устранения каких-либо дефектов, недостатков, поэтому его можно относить только к процессу отклоняющегося развития. В специальной психологии этот термин действительно обозначает совокупность психолого-педагогических воздействий, направленных на компенсацию недостатков в психофизическом развитии ребенка. Поэтому психокоррекция определяется как направление профессиональной деятельности психолога, цель которого – исправление имеющихся недостатков в развитии психических процессов, состояний, свойств и качеств. Содержание психологической коррекции отличается от содержания педагогической коррекции: последняя направлена на решение проблем, возникающих при усвоении учебного материала, овладения ребенком знаниями, умениями и навыками, в то время как психологическая коррекция направляет свои усилия на улучшение (в широком смысле) психических процессов, функций, свойств и качеств человека.

***Психокоррекция*** *– это целенаправленное специально организованное развитие (формирование)* ***нарушенных*** *видов деятельности и общения, психических функций, личностных качеств ребенка.*

Однако постепенно, по мере развития психологической науки и практики, термин «психокоррекция» начали применять и в работе с детьми с условно нормативным развитием. В этих случаях работа была направлена на создание условий для гармоничного развития ребенка, раскрытия его потенциала. Поэтому и появился термин «коррекционно-развивающая работа», который подчеркивал направленность работы специалиста не только на исправление недостатков, но и на создание условий для развития ребенка.

Две составляющих коррекционно-развивающей работы, или помощи психолога и педагога ребенку, – *коррекция и развитие* – в практической работе неотделимы друг от друга, а отличия между ними носят скорее теоретический характер.

*Коррекционная работа направлена на устранение и исправление недостатков в развитии ребенка, а развивающая работа – на обогащение развития ребенка, на стимуляцию развития у него тех функций и процессов, которые должны появиться в соответствии с закономерностями и логикой психического развития.*

Развивающая работа как составляющая часть коррекционной работы не может не учитываться в работе с детьми с отклонениями в развитии, которые, несмотря на наличие отклонений в развитии, продолжают развиваться, хотя и развиваются они по специфическим законам. Поэтому важнейшим направлением в работе психолога с детьми является не только исправление у них «недостатков», а создание для них таких условий, в которых они могут развиваться, а также жить и оставаться сами собой. Поэтому психологическая коррекция не должна рассматриваться как набор «мероприятий» в отношении ребенка. Она должна быть построена как способ организации жизнедеятельности ребенка с отклонениями в развитии, как возможность проживания ребенком полноценных эпизодов его жизни. Именно поэтому психологическая коррекция проводится в рамках разных видов деятельности и общения, присущих данному ребенку.

При таком подходе взрослый выступает как образец деятельности и отношений ребенка с миром, поведения, мышления, переживаний ребенка и т.п. (Е.С. Слепович). Поэтому психолог должен рефлексировать, какие смыслы и образцы деятельности, поведения, общения он передает ребенку, а также направлять свои усилия на создание условий, в которых ребенок сможет принимать образцы поведения взрослого и присваивать их. Прежде всего, это требует создания эмоционально благоприятной атмосферы принятия ребенка, оказания ему поддержки, ориентации на успешность его развития. Как отмечает автор, психологическая помощь ребенку с отклонениями в развитии нацеливается на создание условий, обеспечивающих или способствующих овладению ребенком высшими формами деятельности, то есть становлению его как субъекта человеческих отношений. Она считает, что «именно высшие формы поведения наиболее доступны психологической коррекции, поскольку они больше удалены от органического дефекта ребенка» [21, с. 8].

**14.3.1 Теоретические основы психологической коррекции**

Основные принципы психологической коррекции:

– принцип единства теории, диагностики и коррекции;

– принцип единства диагностики и коррекции: коррекционная работа строится на основе результатов диагностики, позволяющей определить задачи коррекционной работы, диагностика позволяет оценить эффективность коррекционной работы через оценку изменений в развитии детей;

– принцип комплексности: коррекция – это единый комплекс клинических, психологических и педагогических воздействий;

– принцип деятельностного и личностного подхода: коррекция основана на понимании ребенка как уникальной личности и направлена на развитие личности, процесс коррекционной работы основывается на организации различных видов деятельности детей;

– иерархический принцип: нарушенные функции становятся основанием для постановки коррекционных задач, а сохранные функции – основанием, ресурсом для проведения психокоррекционной работы;

– каузальный принцип: психокоррекция направляется на устранение причин и источников возникновения вторичных отклонений в развитии детей.

В основе психологической коррекции (психологической помощи ребенку, в более широком смысле) лежит какая-либо теория развития ребенка, которой придерживается психолог и которая определяет видение им ребенка, перспектив его развития, а также механизмов формирования психических функций. Эта теория может быть эксплицирована, то есть психолог прямо говорит о его приверженности тем или иным теоретическим взглядам, непосредственно опирается на них при организации коррекционной работы с ребенком. Однако теоретические взгляды психолога могут относиться и к разряду имплицитных, то есть недостаточно осознанных, неотрефлексированных, являющихся результатом скорее житейского взгляда психолога на ребенка и его развитие. В любом случае за коррекционной работой скрывается та или иная теоретическая концепция.

Поэтому при организации коррекционной работы психологу необходимо провести внутреннюю работу по осознанию того, какая теоретическая концепция лежит в основе его работы, или же сознательно присоединиться к определенной теоретической позиции в области детского развития. В работе по оказанию психологической помощи детям с отклонениями в развитии действует принцип *«единства теории, диагностики и коррекции».*Этот принцип обозначает, что существует тесная связь между теоретическими позициями психолога и использованием им конкретных методических диагностических средств, определениием целей и задач коррекционной работы и подбором методических средств осуществления коррекции. Однако в реальной практике все еще нередки случаи, когда психолог рассуждает о «зоне ближайшего развития», о возрастных особенностях детей в рамках периодизации Д.Б. Эльконина, а использует в коррекционной работе методики арт-терапии, зародившиеся в рамках психоанализа. Необходимо либо пересмотреть свои теоретические позиции, либо подобрать те методики работы, которые адекватны декларируемой теоретической позиции.

Рассмотрим, какие теоретические концепции могут выступать в качестве основ психологической помощи детям с отклонениями в развитии. Фактически любая теория развития ребенка может рассматриваться в качестве основы коррекционной работы как при нормативном развитии, так и при наличии отклонений в развитии у детей. Теория развития ребенка выявляет и объясняет, в каких областях осуществляется развитие ребенка, как он развивается, по каким законам, какие этапы проходит развитие, каков механизм развития. Поэтому приложение теории развития к процессу коррекционной работы позволяет развернуть этот процесс в соответствии с положениями выбранной теории. Сам процесс коррекционной работы в этой связи может рассматриваться как моделирование условий, законов и этапов развития ребенка. Нормальное и отклоняющееся развитие осуществляются по одним и тем же законам, поэтому в процессе коррекционной работы можно моделировать оба направления развития (нормативное и отклоняющееся).

Теория Марии Монтессори, одна из наиболее практико-ориентированных теорий развития ребенка, в полной мере может рассматриваться как основа коррекционно-развивающей работы с детьми. На протяжении многих десятилетий детей обучают «по Монтессори», а дети с отклонениями в развитии направляются на терапию Монтессори, которая теоретически обосновывается в лечебной педагогике Монтессори [1]. В Монтессори-терапии используется специально разработанный Монтессори-материал, направленный на развитие у детей действий с предметами (упражнения практической жизни), сенсорное развитие, математическое развитие, развитие речи, ознакомление с окружающим (космическое воспитание). Занимаясь с Монтессори-материалами в специально подготовленной среде, ребенок развивается, в результате у него появляются новые или восстанавливаются нарушенные функции. Упражнения, предлагаемые ребенку, должны соответствовать стадии его развития, но каждый ребенок осваивает упражнения «подготовленной среды» в своем темпе и своей последовательности. Например, упражнения практической жизни, которые осваивает ребенок, позволяют ему совершенствовать тонкую моторику, координацию движений, внимание, ребенок учится регулировать свое поведение и эмоциональные состояния, учится отношениям партнерства. В результате у детей происходит овладение стратегиями выполнения деятельности, развиваются умения разрешения проблем, повышается самооценка, развивается самостоятельность.

Теория культурно-исторического развития высших психических функций (Л.С. Выготский) является научно обоснованной концепцией, которая может эффективно использоваться в практике психокоррекцирнной работы. Она выступает как теоретическая основа психокоррекции отклоняющегося развития. Основными понятиями этой теории являются: высшие психические функции, закон их развития, знаки как средства психической деятельности, опосредованность и произвольность, зона ближайшего развития, интериоризация. В соответствии со взглядами Л.С. Выготского, психологическая коррекция должна быть направлена на развитие высших психических функций ребенка, развитие их опосредованности и произвольности, а также на процессы интериоризации. Необходимо также учитывать соотношение между первичным и вторичным нарушеними (дефектами), использовать механизмы их взаимного влияния.

Последователь Л.С. Выготского, известный отечественный психолог П.Я. Гальперин [8], разработал теорию поэтапного формирования умственных действий и понятий. Эта теория объясняет, каким образом осуществляются процессы интериоризации в одном из значений этого термина: переход внешней практической деятельности во внутреннюю, психическую деятельность. Основные положения теории: 1) выполнение нового действия вначале требует активной ориентировки субъекта в его условиях; 2) среди этих условий особую роль выполняют средства действия, то есть орудия психической деятельности (эталоны, меры, знаки, словесные обозначения и др.); 3) образование действий восприятия и мышления происходит путем перехода внешних предметных действий в план восприятия или в умственный план.

П.Я. Гальперин считал, что формирование внутренних психических действий и умственных понятий проходит несколько последовательных стадий: этап материального (материализованного) действия, этап громкой речи, этап шёпотной речи, этап свернутого внутреннего действия. При целенаправленном формировании (в педагогическом процессе) умственных действий и понятий автор предлагает ориентироваться на данную последовательность и организовать усвоение ребенком новых действий и понятий в указанном порядке. Эта теория в полной мере применима к процессу психологической коррекции, так как в коррекционной работе необходимо организовать процесс усвоения нового ребенком в соответствии с последовательными этапами. Например, овладение перцептивными действиями обследования предмета проходит путь от практических действий по обследованию предмета к действиям путем зрительного соотнесения и затем обозначения действия словом. Овладение счетными операциями проходит путь от практических действий с одним или несколькими предметами, через словесное обозначение количества предметов соответствующей цифрой к умению совершать счетные операции в уме. Важным понятием является также «ориентировочная основа действия»: это способы предъявления задания ребенку. Для полного освоения действия или понятия ребенок должен получить полноценную ориентировку в задании, которая описывается по определенным критериям (полная – неполная, развернутая – свернутая, данная в готовом виде – самостоятельно создаваемая). В зависимости от уровня развития ребенка и задач коррекционной работы с ним психолог (педагог) может предлагать разные типы ориентировочной основы действия (понятия).

Так, при первом типе ориентировка осуществляется на случайные признаки, в результате чего обучение осуществляется путем проб и ошибок, медленно, дает низкие результаты. При втором типе ориентировки признаки и отношения между предметами подбираются опытным путем, и они оказываются достаточными лишь для выполнения данного задания. Процесс обучения идет более организованно, но его результаты получаются ограниченными, так как перенос усвоенных знаний и умений возможен лишь в узких пределах. Третий тип ориентировки отличается ориентацией на существенные свойства и отношения, которые самостоятельно выделяются обучающимся. Этот тип ориентировки обеспечивает не только повышение темпов обучения, но и усвоение знаний и умений, которые легко переносятся в другие условия.

Оригинальный подход к содержанию коррекционно-развивающей работы с детьми реализуется в работах Н.Я. Семаго и М.М. Семаго [22]. Формулируя собственный подход к типологии отклоняющегося развития, авторы декларируют системность психического развития, в структуру которого входят три базовые составляющие: произвольная регуляция психической активности, пространственно-временные репрезентации (представления) и базовая аффективная регуляция. В соответствии с теоретическими воззрениями авторы предлагают систему диагностики психического развития и его отклонений, а также разрабатывают коррекционные программы, направленные на три базовые составляющие психического онтогенеза.

Нейропсихологический подход к психологической коррекции основан на нейропсихологической теории, объясняющей закономерности развития ребенка и возникновения отклонений в развитии в связи с нарушениями мозговой деятельности. Разработаны оригинальные методики диагностики и коррекции, которые основаны на теоретических положениях нейропсихологии детского возраста (А.В. Семенович [21]).

Предлагаем рассмотреть особенности психокоррекции как целостной деятельности психолога с теореических позиций, изложенных в работах Л.С. Выготского, В.В. Лебединского. Мы полагаем, что коррекционно-развивающая помощь направлена *на решение задач восстановления, коррекции и развития* разных психических функций у детей:

а) *недоразвитых*, то есть тех функций, которые развиты у ребенка недостаточно по сравнению с возрастным уровнем;

б) *отсутствующих*, то есть тех функций, которые не появились у ребенка как в связи с наличием нарушения, так и по возрасту;

в) *поврежденных*, то есть тех функций, развитие которых оказалось нарушено из-за действия вредности; такие функции ранее развивались у ребенка нормально;

г) *искаженных*, то есть тех функций, которые развиваются по своим законам, искажаются в связи с трудностями освоения ребенком социального опыта.

*Задачи* коррекционно-развивающей работы указывают на те *психические функции* ребенка, на которые направляется воздействие специалиста. *Сохранные* психические функции являются основой, на которой строится работа психолога, они обеспечивают необходимый фундамент коррекции.

Коррекционно-развивающая работа с детьми с отклонениями в развитии имеет следующую ***структуру и отличительные (от других видов профессиональной деятельности) характеристики***:

* Структура коррекционно-развивающей помощи: психолог, ребенок и отношения между ними.
* Функции участников: психолог предоставляет ребенку необходимые материалы, предлагает выполнить задание, оказывает помощь; ребенок выполняет задание, данное специалистом.
* Цель и задачи деятельности психолога: развить, сформировать, создать условия для появления, усовершенствовать, поднять на новый уровень развития качество, свойство у ребенка.
* Степень стандартизации ситуации минимальна, специалисту предписывается вносить изменения в занятие с ребенком в зависимости от его возрастных и индивидуальных особенностей, способности к обучению (обучаемости).
* Активность психолога, его целеполагающие функции: психолог ставит цели и задачи развития ребенка и реализует их во взаимодействии с ним. Деятельность специалиста определяется поставленными целями и задачами, а также уровнем развития ребенка. Правила оказания помощи ребенку: психолог оказывает максимально необходимую в данной ситуации помощь ребенку, побуждая его выполнить задание на самом высоком для него уровне, так как при выполнении задания у ребенка развиваются или совершенствуются требуемые качества или свойства. Мера помощи зависит от уровня возможностей ребенка или уровня его актуального развития в данной области.
* Взаимодействие взрослого и ребенка строится как совместно-разделенная деятельность. В ней реализуется следующее правило: взрослого во взаимодействии с ребенком не должно быть слишком мало и не должно быть слишком много. Если взрослого слишком *мало* в деятельности ребенка, то у последнего возникают трудности в освоении нового действия, ребенок переживает неудачу, фрустрацию, у него появляется нежелание выполнять это в будущем («выученная беспомощность»). Если же взрослого слишком *много* в деятельности ребенка, то активность взрослого заменяет активность ребенка, взрослый делает вместо ребенка, за ребенка, ребенок недостаточно активен, он не может научиться делать что-то самостоятельно.
* Оценка взрослым ребенка: психолог ставит задачу дифференцированно оценивать результаты выполнения ребенком заданий в зависимости от успешности ребенка, с целью стимуляции к дальнейшей деятельности, коррекции уровня притязаний ребенка или снижения его тревожности перед выполнением заданий, создания благоприятной эмоциональной ситуации для ребенка и т.д.
* Взаимодействие психолога с ребенком осуществляется в зоне его ближайшего развития: для коррекционной работы отбирается только то содержание, освоить которое на данном этапе ребенок самостоятельно не может, но может это сделать в сотрудничестве со взрослым, в процессе совместно-разделенной деятельности. Во взаимодействии взрослый передает ребенку свою собственную деятельность со всей ее структурой (мотивационный, целевой и операциональный компоненты). Взрослый передает ребенку свою часть совместно-разделенной деятельности постепенно, а ребенок присваивает эту часть деятельности, выполняет ее сам, и тем самым осваивает предлагаемое ему содержание коррекционно-развивающих занятий, что приводит к развитию у него требуемых функций и качеств.
* Взрослый во взаимодействии с ребенком может оказывать ему разную по содержанию и сложности помощь при выполнении различных заданий. Характер и сложность оказываемой помощи зависит от возможностей ребенка, то есть от уровня его актуального развития, а также от способности ребенка усваивать предлагаемое взрослым содержание, то есть его способности к обучению. Эта способность называется ***обучаемостью*.** Обучаемость отражает величину зоны ближайшего развития ребенка, и даже при одинаковом уровне актуального (наличного) уровня развития детей величина зоны их ближайшего развития может значительно различаться. Чем больше величина зоны ближайшего развития, тем больше возможностей у ребенка для приобретения нового опыта, то есть для дальнейшего развития.

Обучаемость является важной характеристикой психического развития ребенка с ОПФР, так как она значительно различается у детей при разных видах отклоняющегося развития. К показателям обучаемости относится количество и качество помощи взрослого, необходимой для правильного выполнения задания, возможность ребенка дать словесный отчет о проделанной работе, возможность переноса сформированого умения или навыка в новые условия.

Характер, содержание и количество помощи, которую оказывает ребенку взрослый, называется ***мерой помощи***. Мера помощи различается по разным критериям:

- по количеству оказываемой помощи (много или мало);

- по форме – помощь может быть практической, в форме действия, наглядной или изобразительной, то есть в форме показа, и словесной, в форме словесных разъяснений;

- по направленности: в зависимости от цели, которую ставит взрослый, помощь может быть стимулирующая, разъясняющая, демонстрирующая;

- по компонентам структуры деятельности помощь взрослого может относиться к мотивам деятельности ребенка, к постановке им целей и задач собственной деятельности, к способам выполнения действий или конкретных операций.

У детей с разными видами отклоняющегося развития показатели обучаемости значительно варьируют, и поэтому для них будут адекватны те или иные виды помощи взрослого. Например, у детей с интеллектуальной недостаточностью обучаемость значительно ниже, чем у детей с задержкой развития, и поэтому детям с интеллектуальной недостаточностью требуется более развернутая и массивная помощь. Дети с нарушением слуха нуждаются в практической и наглядной помощи, так как словесную помощь они принимают менее продуктивно. Для детей с нарушениями зрения более действенной является практическая и словесная помощь. Если ребенок при выполнении заданий получает помощь от взрослого, не соответствующую его особенностям, его потенциальные возможности развития не реализуются в должной степени, поэтому накапливаются дальнейшие отставания и искажения в развитии.

* Временные и пространственные параметры ситуации взаимодействия определяются целями и задачами коррекционной работы, которые, в свою очередь, определяются возможностями ребенка. В процессе коррекционно-развивающей помощи нет существенных ограничений во времени и пространстве. Занятия могут проводиться на протяжении разного времени, различаться будут также частота проведения и длительность занятия. Коррекционно-развивающие занятия могут (должны) продолжаться длительное время, так как имеющиеся отклонения в развитии не могут быть в большинстве случаев скорректированы окончательно и полностью.
* Результаты работы психолога используются для корректировки процесса работы с ребенком и постановки новых задач.

Психокоррекционная ситуация имеет два полюса. На одном полюсе психокоррекционной ситуации находится взрослый (психолог), а на другом полюсе – ребенок с особенностями психофизического развития. Он воспринимает ситуацию коррекционно-развивающего взаимодействия со взрослым не совсем так, как взрослый. У ребенка свои мотивы участия в коррекционном занятии, мотивы выполнения заданий взрослого, свое понимание этой ситуации, свои смыслы, которые он вносит в нее, в общение со взрослым.

Цели и задачи ребенка в психокоррекционном взаимодействии отличаются от таковых у взрослого. Ребенок хочет играть с игрушками, заниматься с дидактическим материалом, рисовать, разговаривать с психологом, рассматривать оборудование кабинета, демонстрировать свои достижения и т.д. Ребенок не ставит такие задачи, которые ставит специалист в работе с ним и по отношению к нему («развить у себя какие-то функции», «научиться красиво говорить», «научиться правильно брать предметы руками», «научиться складывать игрушки и материалы на свои места»). Задачи саморазвития дети могут поставить при наличии у них высокого уровня самосознания, рефлексии, что возможно в большинстве случаев уже за пределами подросткового возраста. Активность детей в ситуации взаимодействия со взрослым, в коррекционно-развивающей работе направлена на реализацию их собственных задач, а не целей и задач взрослого.

Психолог должен понимать место ребенка в психокоррекционной ситуации, а также осознавать тот факт, что для ребенка – это часть его обыденной жизни, в то время как для психолога это часть его профессиональной деятельности. Поэтому психологу необходимо иметь в виду, что предлагаемые ребенку задания должны встраиваться в процесс его жизнедеятельности и иметь смысл для ребенка (Для чего ребенку учиться различать цвета? Зачем учиться вставлять вкладыши в нужное отверстие? Для чего ребенку нужно описывать картинку? Какой смысл для ребенка в раскладывании кубиков по коробочкам? и т.д.).

Психодиагностическая и психокоррекционная ситуации имеют существенные сходства и отличия, которые определяются, во-первых, общей направленностью специалиста на оказание разных видов психологической помощи, во-вторых, предметом деятельности специалиста в разных ситуациях, различными характеристиками психического развития ребенка:

а) различаются цели деятельности специалиста;

б) различается степень активности психолога в этих ситуациях: содержание диагностической ситуации задается диагностической процедурой, а содержание коррекционной ситуации конструируется психологом в зависимости от задач коррекционной работы и уровня развития ребенка;

в) отличаются способы организации взаимодействия специалиста и ребенка. *В диагностической ситуации* взаимодействие осуществляется только на уровне его актуального развития: ребенок в процессе диагностики выполняет предлагаемое ему задание самостоятельно, без помощи взрослого. Взаимодействие специалиста и ребенка *в коррекционной ситуации* строится в зоне ближайшего развития как совместно-разделенная деятельность. Примечание: только в одной психодиагностической ситуации взаимодействие осуществляется в зоне ближайшего развития, когда психолог выявляет с помощью обучающего эксперимента обучаемость ребенка, его способность принять помощь взрослого (см. об этом в подразделе 7.5).

В процессах диагностики и коррекции психолог либо выявляет определенные характеристики развития ребенка, либо влияет на них, то есть как в диагностической, так и в коррекционной ситуации имеет дело с одними и теми же психическими процессами (свойствами, качествами, состояниями и т.д.). Однако в диагностической ситуации эти процессы уже актуализированы, они только выявляются, а в коррекционной ситуации эти процессы появляются и развиваются.

**14.3.2 Проблема содержания и методов психологической коррекции**

При проведении психокоррекционой работы психолог сталкивается с двумя основными проблемами. Во-первых, это проблема содержания их психокоррекции: чем именно нужно заниматься с ребенком, какое содержание работы следует отобрать? Во-вторых, это проблема методов коррекции: с помощью каких методов и методик можно реализовывать это содержание?

Отбор содержания проводится в соответствии со стуктурой нарушения у ребенка, о чем упоминалось выше в связи с характеристикой разных видов отклоняющегося развития. Приведем примерное *содержание психокоррекционой* работы с детьми с разными видами отклоняющегося развития (по отдельным сферам развития).

*Психологическая коррекция деятельности детей.* Коррекция движений и действий у детей. Формирование хватания, стимуляция движений рук у детей. Развитие движений в области плечевого, локтевого и лучезапястного суставов, развитие движений пальцев рук. Обучение детей предметным действиям (простым результативным и соотносящим).

Стимулирование появления новых видов деятельности, овладение структурой деятельности, освоение действий и операций. Коррекция отдельных видов деятельности (предметной, игровой, продуктивной деятельности). Формирование общей структуры деятельности.

*Психологическая коррекция общения детей.* Психологическая характеристика основных направлений развития общения в онтогенезе: появление новых мотивов и развитие новых видов общения, усвоение средств общения, расширение круга общения детей. Способы стимуляции потребности в общении у детей. Формирование видов и форм общения. Обучение пониманию и использованию эмоциональной экспрессии. Формирование общения в совместной деятельности детей со сверстниками.

*Формирование личности детей с отклонениями в развитии.* Основные направления развития личности в онтогенезе. Возможности влияния на мотивы и потребности (механизмы эмоционального запечатления, сдвига мотива на цель, эмоционального предвосхищения). Формирование самосознания, самооценки детей. Воздействие на эмоциональную сферу.

*Психокоррекция сенсорных и перцептивных процессов.* Сенсорная стимуляция, ее виды (зрительная, слуховая, тактильная, вкусовая, обонятельная). Усвоение сенсорных эталонов и формирование перцептивных действий, развитие свойств восприятия (выделение фигуры из фона, константность восприятия, расчлененность восприятия, целостность восприятия). Развитие зрительно-моторных координаций. Восприятие пространства, времени и движения. Развитие основных видов восприятия у детей (зрительное, слуховое, тактильное); развитие пространственно-временных представлений у детей.

*Психологическая коррекция памяти.* Формирование способов запоминания и сохранения информации. Формирование способов воспроизведения информации. Развитие видов памяти: двигательной, тактильной, зрительной, слуховой, логической.

*Психологическая коррекция мышления.* Формирование мыслительных операций: анализ, синтез, обобщение, абстрагирование, конкретизация. Формирование умения сравнения. Развития видов мышления: наглядно-действенного, наглядно-образного, наглядно-схематического, словесно-логического.

*Психологическая коррекция речи.* Формирование потребности в речевом общении, использования речи как средства общения. Развитие понимания речи у детей, понимание слов, словесных инструкций разной степени сложности, понимание названия изображений, понимание рассказов. Развитие активной речи у детей. Роль опосредованного предметом общения ребенка со взрослым в возникновении у ребенка первых слов. Стимуляция речевого развития ребенка. Развитие диалогической и монологической речи у детей. Осознание детьми словесного состава речи.

*Психологическая коррекция внимания и волевых процессов.* Внимание как контроль за протеканием деятельности. Усвоение общей структуры деятельности как основа коррекции внимания у детей. Обучение умению принимать цель, поставленную взрослым, ставить цель деятельности и достигать ее, фиксировать результат, сравнивать цель и результат деятельности, умение осознавать собственные действия, умение действовать по образцу, сравнивать свои действия с образцом. Развитие основных свойств внимания – концентрации, устойчивости, переключения, распределения.

На современном уровне развития теории и практики специальной психологии, когда одной из важнейших задач является изучение развития личности ребенка с ОПФР, его активности в процессе компенсации нарушенных функций, содержание коррекционной работы с детьми получает иные аспекты его рассмотрения. Например, белорусский специалист в области специальной психологии Т.И. Гаврилко полагает, что организация коррекционной работы с ребенком «должна быть направлена на формирование целостного осмысленного образа жизни ребенка, способствующего дальнейшей социальной интеграции данного ребенка в общество» [7, c. 31]. По мнению автора, первое направление коррекционной работы должно быть связано с обогащением эмоционально-смыслового опыта взаимодействия особого ребенка с окружающим миром (установление эмоционального контакта с ребенком, установление взаимосвязи коррекционных занятий с привычным укладом жизни ребенка); второе направление включает обучение ребенка конкретным знаниям, умениям и навыкам в контексте определенного образа жизни и отношений с другими людьми.

После определения содержания и постановки задач психокоррекции на основе структуры нарушения перед психологом встает *вопрос о выборе методов и методик,* используемых в работе с ребенком. Главное требование: методы и методики должны быть адекватны задаче, то есть психолог должен осознавать, что использование данного метода/методики приведет к решению поставленной коррекционной задачи. Например, если мы считаем, что какое-то задание направлено на развитие (коррекцию) внимания, то после выполнения серии подобных заданий у ребенка должно произойти улучшение внимания (или каких-то его свойств). С таких позиций необходимо рассматривать все применяемые методы.

В качестве методов могут использоваться как разработанные и описанные в специальной литературе программы, так и программы, специально созданные психологом для конкретного ребенка. Полезным является использование в качестве материалов для занятий различных предметов быта, игрушек, игр, дидактических пособий и учебных материалов. Психолог должен научиться видеть и использовать их коррекционно-развивающие возможности. Однако главным при подборе методов является задача, которая должна решаться в процессе коррекционной работы.

Для работы с детьми с отклонениями в развитии психолог специально составляет *коррекционную программу* (или пользуется готовыми программами).

*Коррекционная программа* – это система разноуровневых по сложности заданий и упражнений, каждое из которых направлено на решение конкретных коррекционных задач. Задания и упражнения в коррекционной программе построены по принципу последовательности от простого к сложному.

Задания и упражнения направлены на решение определенных коррекционных задач, поэтому программа подбирается в зависимости от вида отклоняющегося развития, так как для каждого вида ставятся свои психокоррекционные задачи исходя из структуры нарушения.

В специальной психологии (М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, Т.В. Ахутина, Т.В. Пылаева [22]) разработаны и опубликованы коррекционные программы, направленные на коррекцию (развитие) пространственных представлений, внимания. И.И. Мамайчук разработала и апробировала коррекционные программы для работы с детьми при каждом виде отклоняющегося развития [14; 15]. Н.В. Андрущенко разработала программы нейропсихологической коррекции в Монтессори-терапии [1]. Все эти программы построены на основе глубокого понимания сущности отклонений в развитии детей, выявлении основных проблемных зон в структуре детского развития.

Полное описание технологии коррекционной работы требует также проведения оценки ее эффективности. Насколько эффективна для данного ребенка используемая коррекционная программа? Может быть, требуются изменения в самой коррекционной программе, так как ее применение не приносит должного результата? Возможно, программа слишком трудна для ребенка, и он отказывается выполнять задания? Возможно, наоборот, программа слишком проста для данного ребенка, он давно «перерос» заложенные в ней развивающие возможности, и поэтому отказывается выполнять задания, которые перестали быть для него интересными?

*Оценка эффективности коррекционных программ должна производиться через оценку изменений в психическом развитии ребенка.* Другими словами, результаты психокоррекционной работы должны оцениваться с помощью диагностических методик, которые позволяют оценить изменения в психическом развитии ребенка, произошедшие за определенный период. Оценка эффективности коррекционных программ – одна из задач психодиагностики отклоняющегося развития. К коррекционной работе применима *модель формирующего эксперимента*. Как известно, формирующий эксперимент состоит из трех этапов: констатирующего, собственно формирующего и контрольного. Констатирующий и контрольный этапы по сути своей это диагностические ситуации, а собственно формирующий этап – коррекционная ситуация. На констатирующем и контрольном этапах эксперимента используются одни и те же диагностические методики, что обеспечивает возможность содержательного сравнения уровня развития ребенка до и после проведения коррекционной работы.

Что же является результатом, или эффектом, коррекционной работы? *Эффект психокоррекционной работы* объемный и разноплановый. Он включает следующие составляющие:

– приобретение ребенком знаний, умений и навыков;

– количественные и качественные изменения психических функций;

– положительное отношение ребенка ко взрослому как к специалисту (учителю);

– положительное отношение ребенка к себе как к ученику;

– положительное отношение ребенка к ситуации обучения, к ситуации занятий.

Только при достижении всех заявленных эффектов коррекционная работа может рассматриваться как эффективная.

### 

### 14.4 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания

1. Какие задачи решает психодиагностика в специальной психологии?

2. Что такое психологический диагноз, чем он отличается от клинического и педагогического диагнозов?

3.Что такое дифференциальная диагностика, для чего и в каких случаях она нужна?

4. Как вы понимаете сущность принципа единства теории, диагностики и коррекции? Приведите примеры несоответствий между теорией и диагностикой, теорией и коррекцией в практической деятельности психолога.

5. Какие положения теории культурно-исторического развития высших психических функций применяются при организации психокоррекционной работы в специальной психологии?

6. В чем принципиальное сходство диагностической и коррекционной ситуаций?

7. По каким признакам различаются психодиагностическая и психокоррекционная ситуации?

8. Какова структура психокоррекционной ситуации?

9. Как формулируются задачи коррекционной работы?

10. Докажите следующее положение: «Коррекционная работа предстает как моделирование процесса развития отдельных психических функций в специально созданной ситуации взаимодействия ребенка и взрослого, в ситуации совместно-разделенной деятельности».

11. Как соотносятся задачи и методы коррекционной работы?

12. Что такое коррекционная программа?

***Практическое задание № 1.*** С целью овладения навыками изучения ребенка, у которого имеются подозрения на отклонения в развитии, студентам предлагается составить историю его развития. История развития может быть составлена в соответствии со следующей схемой.

***Схема составления истории развития ребенка*** (излагается по[5]).

Анкетные данные ребенка и основные сведения о семье. Дата рождения и точный возраст на момент обследования ребенка. Полный состав семьи с указанием возраста, образования и характера работы всех членов семьи, а также родственников или других лиц, реально участвующих в воспитании ребенка. Изменения в составе семьи с момента рождения ребенка. Общие сведения о жилищных, материальных и бытовых условиях жизни семьи (при наличии неблагоприятных обстоятельств здесь и далее необходима более подробная их характеристика).

1. Особенности перинатального периода развития ребенка. Общие сведения об условиях развития ребенка до и после рождения. Наличие факторов риска в состоянии здоровья матери и ребенка.
2. Состояние здоровья ребенка к моменту обследования и перенесенные заболевания. Наличие травм и операций, хронических и частых заболеваний. Случаи госпитализации. Постановка ребенка на учет у психоневролога или других специалистов. Особенности сна и питания ребенка с момента рождения.
3. Где и кем воспитывался ребенок, начиная с рождения. Кто ухаживал за ребенком на протяжении первых двух лет жизни? Помещение ребенка в ясли, детский сад или другие детские учреждения (указать сроки и тип учреждения, например круглосуточные или дневные, специальные – логопедические, для детей с неврологическими заболеваниями и др.) Как ребенок привыкал к детским учреждениям, как складывались отношения с детьми, были ли жалобы воспитателей? Были ли резкие перемены в обстановке, в которой рос ребенок (например, переезды), частые или длительные разлуки с родителями? Реакция на них ребенка.
4. Развитие в младенчестве и раннем возрасте (до трех лет включительно). Особенности развития моторики. Сроки появления основных сенсомоторных реакций: когда ребенок начал сидеть, стоять, ходить и др. Общий эмоциональный фон. Развитие речи: сроки появления первых слов, фраз, активность речевого общения. Активность в освоении окружающего, любопытство. Отношения к близким и незнакомым взрослым. Овладение предметными действиями (когда ребенок научился самостоятельно есть, одеваться). Сроки формирования навыков самообслуживания. Когда и как приучили к опрятности? Проявления самостоятельности, настойчивости. Какие трудности наблюдались в поведении ребенка? Любимые занятия и игры.
5. Развитие ребенка в дошкольном возрасте. Любимые занятия ребенка. В какие игры и с кем любит играть ребенок? Любит ли рисовать, с какого возраста, что рисует? Любит ли слушать сказки, заучивать стихи, смотреть телевизионные передачи? Умеет ли читать, когда и как, по чьей инициативе научился? Как развит физически? Какая рука является ведущей? Имеются ли домашние обязанности? Практикуются ли совместные формы деятельности ребенка со взрослыми? Отношения со сверстниками. Отношения с членами семьи. Типичные конфликты, их частота. Наказания и поощрения со стороны взрослых. Актуальные запреты. Особенности характера. Посещает ли ребенок какие-либо кружки, студии, секции, имеет ли какие-либо специальные занятия? Как проводит досуг? Ранние проявления способностей к музыке, рисованию и т.д. Проявляет ли ребенок инициативу, в чем? Отмечаются ли страхи или какие-либо другие нежелательные проявления?
6. Развитие ребенка в младшем школьном возрасте. В каком возрасте поступил в школу? Легко ли адаптировался к школьной жизни? Тип посещаемого учебного заведения (спецшкола, интернат и т.д.) Посещает ли группу продленного дня? Была ли смена школы, класса и по какой причине? Успеваемость. Любимые и нелюбимые предметы. Выполнение домашних заданий. Отношения с одноклассниками (дружеские, конфликтные и т.д.). Отношения с учителями. Участие в общественной жизни школы. Наличие внешкольных занятий и увлечений (кружки, спортивные секции и т.д.), участие в неформальных организациях. Степень самостоятельности. Обязанности по дому. Место игр, телевидения и чтения в досуге ребенка. Наиболее типичные конфликты.

7. Что еще, с точки зрения родителей, важно отметить в истории жизни ребенка?

Приведенный перечень вопросов для составления истории развития ребенка является не более чем схемой, отдельные пункты которой подлежат существенной конкретизации в зависимости от многих условий: характера жалоб родителей, индивидуальных особенностей обстановки (например, близнецовой ситуации или наличия в семье нескольких детей разного возраста и т.д.).

***Практическое задание № 2.*** Составьте условно-вариантный прогноз развития ребенка в соответствии со следующей характеристикой.

1) Мальчик 8 лет, диагноз «легкая умственная отсталость», воспитывается в семье, состоящей из родителей и двух детей (младшая сестра 3 лет), семья проживает в частном доме в большом городе, ребенок поступает во вспомогательную школу.

2) Девочка 8 лет, диагноз «Детский церебральный паралич (спастическая диплегия) 3 степени тяжести» проживает в семье с бабушкой и матерью, которая работает в совхозе, живут в агрогородке, девочка обучается на дому по программе вспомогательной школы (учителя из местной школы).

3) Мальчик 12 лет, врожденная слепота, обучается в специализированной школе-интернате для детей с нарушениями зрения; семья мальчика (мать, отец и еще три сестры) проживают в небольшом поселке городского типа, семья малообеспеченная, так как работает один отец, для матери в поселке работы нет.

4) Девочка 3 года, диагноз «детский аутизм», воспитывается в семье. Родители по профессии врачи, есть старший брат 11 лет, развивается нормально. Мать девочки находится в состоянии тяжелой депрессии из-за невозможности выйти на любимую работу после декретного отпуска: девочку не с кем оставить дома, детский сад посещать на данный момент она не может. Мать иногда говорит о том, что хорошо было бы сдать ребенка в приют, потому что толку от нее все равно не будет, все равно вырастет «дебилкой». Живут в районном центре, где есть возможность получать профессиональную помощь от специалистов ЦКРОиР.

***Практическое задание № 3.*** Составьте перечень коррекционных задач, которые могут решаться с помощью имеющегося в вашем распоряжении стимульного материала в виде набора посуды (два вида тарелок, различающихся по размеру, набор чайных и столовых ложек). Для детей какого возраста и с каким видом отклоняющегося развития могут подойти эти задачи и эти материалы? Составьте коррекционную программу, в которой будет использоваться этот набор посуды.

### 14.5 Библиография по теме «Психологическая помощь детям с отклонениями в развитии»

1. Андрущенко, Н.В. Монтессори-педагогика и Монтессори-терапия / Н.В. Андрущенко. – СПб. : Речь, 2010. – 316 с.
2. Ануфриев, А.Ф. Психологический диагноз: система основных понятий / А.Ф. Ануфриев. – М. : МГОПИ, изд-во «Альфа», 1995. – 160 с.
3. Белопольская. Н.Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития / Н.Л. Белопольская. – М. : Когито-Центр, 2009. – 146 с.
4. Бурлачук, Л.Ф. Психодиагностика : учебник для вузов / Л.Ф. Бурлачук. – СПб. : Питер, 2006. – 251 с.
5. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков : учеб. пособие / Г.В. Бурменская [и др.]. – М. : Академия, 2002. – 416 с.
6. Выготский, Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах / Л.С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5 : Основы дефектологии / под ред. Т.А. Власовой. – 368 с.
7. Гаврилко, Т.И. Современные направления прикладных исследований и практики коррекционной работы в специальной психологии / Т.И. Гаврилко // Дети с отклонениями в развитии : проблемы изучения и организации комплексной помощи : сб. материалов респ. науч.-практ. конф. . – Брест : БрГУ им. А.С. Пушкина. – Брест : Альтернатива, 2010. – С. 29–32.
8. Гальперин, П.Я. Методы обучения и умственное развитие ребенка / П.Я. Гальперин. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 45 с.
9. Забрамная, С.Д. От диагностики к развитию: Материалы для психолого-педагогического изучения детей в дошкольных учреждениях и начальных классах школ / С.Д. Забрамная. – М. : Новая школа, 1998. – 144 с.
10. Коробейников, И.А. Экспериментально-психологическое исследование детей в период предшкольной диспансеризации / И.А. Коробейников. – М. : НИИ психиатрии РСФСР, 1978. – 42 с.
11. Коробейников, И.А. Диагностика нарушений психического развития у детей в контексте проблем интеграции междисциплинарного знания / И.А. Коробейников // Дефектология. – 2004. – № 1.– С. 54–60.
12. Левченко, И.Ю. Психологическое изучение детей с отклонениями в развитии / И.Ю. Левченко, Н.А. Киселева. – М. : Образование Плюс, 2006. – 120 с.
13. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский ; НИИ дефектологии АПН СССР. – М. : Педагогика, 1989. – 101 с.
14. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.
15. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 220 с.
16. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 / Всемирная организация здравоохранения ; пер. на русск. язык О.Ю. Донец; н. ред. и предисл. А.Н. Моховикова ; вступ. статья А.А. Северного. – М. : Смысл; СПб. : Речь, 2003. – 407 с.
17. Осипова, А.А. Общая психокоррекция: учеб. пособие для вузов / А.А. Осипова. – М.: ТЦ «Сфера», 2000. – 512 с.
18. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития: учеб. пособие / сост. и общ. редакция В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. – СПб. : Питер, 2001. – 256 с.
19. Практикум по патопсихологии: учеб. пособие для психол. спец. вузов / В.В. Николаева [и др.] ; под ред. Б.В. Зейгарник [и др.]. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. – 184 с.
20. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения (практическое руководство) / С.Я. Рубинштейн. – М. : Апрель-Пресс, изд-во Ин-та психотерапии, 2004. – 224 с.
21. Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие для вузов / А.В. Семенович. – М. : Изд. центр «Академия», 2002. – 232 с.
22. Семаго, М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : АРКТИ, 2001. – 208 с.
23. Семаго, Н.Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – СПб. : Речь, 2005. – 384 с.
24. Слепович, Е.С. Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью: метод. рекомендации / Е.С. Слепович, А.М. Поляков. – Минск : Детский Фонд ООН, 2005. – 96 с.
25. Сорокин, В.М. Специальная психология : учеб. пособие / В.М. Сорокин ; под науч. ред. Л.М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 216 с.
26. Усанова, О.Н. Специальная психология. Система психологического изучения аномальных детей: учеб. пособие для студентов / О.Н. Усанова. – М. : Моск. гос. пед. институт им. В.И. Ленина, 1990. – 201 с.

# Глава 15 Семья ребенка с оклонениями в развитии

***Основные понятия.*** Ж*изненный кризис, стадии переживания кризиса рождения особого ребенка, переживание горя, отрицание, принятие, переориентация, чувство вины, чувство заклейменности и избранности; зависимость и созависимость; сиблинги, отношения в сиблинговой подсистемах; психологическая помощь семье.*

**Содержание**

15.1 Характеристика семьи, имеющей ребенка с особенностями психофизического развития

15.2 Появление в семье ребенка с отклонениями в развитии как ситуация жизненного кризиса.

15.3 Взаимоотношения между сиблингами в семье, имеющей особого ребенка.

15.4 Психологическая помощь семье, имеющей особого ребенка.

15.5 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания.

15.6 Библиография по теме «Семья ребенка с отклонениями в развитии».

### 

### 15.1 Характеристика семьи, имеющей ребенка с особенностями психофизического развития

۞ ***Иллюстрации***

«Семьи с детьми-инвалидами традиционно принято относить к бедным и маргинальным. «Инаковость» проблем, связанных с инвалидностью, вынужденный уход за детьми с ограниченными возможностями, бедность, изменение жизненных стратегий и отсутствие перспектив являются некой догмой, которая существует на уровне обыденного сознания, поддерживается в поле научного обсуждения и постулируется на уровне социальной политики государства. Дефицит научных исследований в этой области порождает многочисленные стереотипы, способствуя еще большей изоляции семей этого типа и отсутствию интереса к их проблемам. Например, хорошо известны «факты» преобладания среди них неполных семей или распространения среди родителей детей-инвалидов таких социальных аномалий, как алкоголизм.

Данные нашего исследования опровергают эти стереотипы. Социально-демографические характеристики семей с детьми-инвалидами отражают общую картину трансформации семей и супружеских отношений в стране. Демографическая типология семей с детьми-инвалидами, согласно данным исследования, представлена двумя основными группами: супружескими парами (69 %) и неполными семьями (31 %), в большинстве своем простыми или нуклеарными (73 %). Таким образом, проблема воспитания детей с ограниченными возможностями чаще всего переносится в границы полной нуклеарной семьи.

Согласно широко распространенному мнению семьи с детьми-инвалидами чаще всего распадаются из-за инвалидности детей. Однако полученные данные показывают, что инвалидность ребенка послужила причиной распада только 4,5 % семей. В большинстве же случаев появление детей-инвалидов не влияет на ухудшение отношений между супругами (77 %). Есть даже семьи, в которых родители отмечают улучшение отношений – 8%. Тем не менее, нельзя отрицать факт, что отношения ухудшились в 10 % семей» (Е.В. Кулагина[6]).

История оказания психологической помощи семье, имеющей особого ребенка, начиналась с убеждения специалистов в том, что такая семья – неполноценная семья. Специалисты видели, прежде всего, негативные явления, такие как игнорирование проблемы существования особого ребенка, ошибки воспитания, хроническая печаль, агрессия по отношению к окружающим, социальная изоляция семьи и т.п. До сих пор исследователи еще не отошли от негативного образа семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. Однако все более популярным становится взгляд на семью, имеющую ребенка с особенностями психофизического развития как обладающую значительными внутренними ресурсами.

В семейной психологии (Э.Г. Эйдемиллер [23]) семья, имеющая ребенка с отклонениями в развитии, относится к дисгармоничному типу, так как считается, что она не может выполнить все функции, особенно функцию гармоничного развития членов семьи. Появление такого ребенка вносит изменения в 4 основные подсистемы в семье: супружескую, родительскую, сиблинговую и экстрасемейную. В семье, имеющей особого ребенка, наблюдается увеличение нервно-психической и физической нагрузки, изменение ее распределения между членами семьи, нарастание неудовлетворенности семейной жизнью, снижение социального статуса семьи в целом и ее отдельных членов.

В исследовании В.В. Ткачевой [18] изучались психологические особенности матерей, имеющих детей с отклонениями в развитии. Были выделены три группы матерей: невротичный тип, авторитарный тип, психосоматический тип, для которых были свойственны специфические индивидуально-типологические характеристики.

Для матери невротичного типа характерны следующие особенности:

- пассивная личностная позиция;

- оправдание собственной бездеятельности в отношении развития ребенка и непонимание того, что некоторые его недостатки вторичны и являются результатом личностной несостоятельности самой матери;

- стремление оградить ребенка от всех проблем, даже от тех, которые он может решить собственными силами;

- проявление слабости или инертности при реализации поставленной цели;

- постоянный тревожный фон настроения, наличие излишних опасений о чем-либо, что, в свою очередь, передается ребенку и может явиться причиной формирования у него невротических черт характера.

Полярные характеристики имеют матери авторитарного типа:

- активная жизненная позиция, стремление руководствоваться собственными убеждениями вопреки уговорам со стороны, стойкое желание найти выход из создавшегося положения как для себя, так и для ребенка;

- неумение сдерживать свой гнев и раздражение, отсутствие контроля над импульсивностью собственных поступков, склонность к участию в ссорах и скандалах; холодность или отстраненность от проблем ребенка при установлении с ним контакта;

- неравномерный характер применения воспитательных мер, довольно частое использование жестких мер наказания.

У матерей психосоматического типа проявляются черты как первой, так и второй групп. Им свойственны более частые смены полярных настроений (безудержная радость или глубокая депрессия, вызванные незначительным поводом).

Материнская позиция относительно ребенка с детским церебральным параличом изучалась О.Л. Романовой [13], которая подчеркивает, что знание особенностей материнской позиции необходимо для оказания психологической помощи матери при решении ею проблем лечения, обучения, воспитания ребенка, для управления собственными эмоциональными состояниями. Установлено, что представления матерей о структуре дефекта ребенка изменяются по мере его развития. Если нарушения движений становятся для матери очевидными в возрасте одного года, то несостоятельность в познавательной деятельности отчетливо осознается только с предъявлением учебных требований к его интеллектуальному развитию. Представления матерей о последствиях заболевания для ребенка также значительно различаются в зависимости от его возраста (то есть от стажа заболевания). Представления о непосредственных последствиях заболевания у ребенка раннего возраста связываются в сознании матерей с двигательными и познавательными нарушениями, а в будущем – с нарушениями поведения. Матери, имеющие детей дошкольного возраста, отдают себе отчет в наличии у них нарушений в двигательной, познавательной и личностной сферах, в то же время треть матерей надеются на благополучное будущее своего ребенка. Для матерей, которые имеют детей школьного возраста, характерны преувеличенные представления об ограничениях ребенка как в настоящем, так и в будущем, так как матери не видят перспектив для своих детей. Выявленные особенности представлений отражают осознание матерью различных видов нарушений у ребенка и страх за его будущее: чем отчетливее и полнее представления матери о дефекте у ребенка, тем пессимистичнее смотрит мать на его настоящее и будущее.

У женщин, имеющих ребенка с детским церебральным параличом, по мере его взросления происходит изменение когнитивной и эмоциональной составляющих материнской позиции. Если в первые три года жизни ребенка материнская позиция представляет собой принятие (за счет защитного переживания дефекта и неполного представления о нем), то с течением времени она перестраивается в сторону отвержения. Такая спонтанная материнская позиция, которая не строится на понимании психофизических особенностей ребенка, приводит к неправильным формам обучения и воспитания ребенка, поэтому она требует психологической коррекции.

Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности неслышащих младших школьников изучалось Т.Г. Богдановой и Н.В. Мазуровой [12]. Установлено, что в семьях неслышащих детей, имеющих неслышащих родителей, устанавливаются межличностные отношения, близкие к тем, которые наблюдаются в семьях слышащих; а самые неблагоприятные отношения наблюдаются в семьях, имеющих в своем составе неслышащего ребенка и слышащих родителей. Многие испытуемые-дети отчетливо выражали свою любовь к матери, привязанность, говорили о желании быть рядом с ней, проводить с ней время. В то же время неслышащие школьники, имеющие слышащих родителей, выражали свою симпатию к матери в меньшей степени. Неслышащие дети слышащих родителей демонстрируют заметно чаще положительные отношения к сиблингам, чем к своим родителям. Таким образом, взаимоотношения ребенка с нарушенным слухом с родителями, родительская позиция по отношению к нему оказывают существенное влияние на развитие личности ребенка.

Особенности материнского отношения к ребенку с умственной отсталостью изучались в исследовании О.Б. Чаровой и Е.А. Савиной [20]. Ими установлено, что отношение матери к ребенку, имеющему интеллектуальные нарушения, является противоречивым. Ребенок с интеллектуальной недостаточностью эмоционально отвергается матерью, он воспринимается как инфантильный, личностно и социально несостоятельный, неприспособленный и неумелый. Такое отношение матери нередко выливается в раздражение, нетерпимость, унижение достоинства ребенка. Однако часть матерей стремится к симбиотическим отношениям с ребенком: они излишне опекают его, ограждают от любых трудностей, испытывая за него большую тревогу. Другими словами, с одной стороны, мать проявляет мягкость, терпение, направленность на ребенка, с другой – раздражение, безучастность, равнодушие. Матери воспринимают своего ребенка как пассивного, больного, страдающего, обиженного, возбудимого. Типичными реакциями на поведение ребенка с умственной отсталостью являются жалость к нему, стремление опекать, контролировать. В то же время у матерей проявляется желание наказать ребенка, игнорировать его, он часто вызывает у матери раздражение и неприязнь. Такая позиция матери описывается как недостаточно эмпатийная.

Таким образом, в описанных и многих других исследованиях [12] было установлено, что отношение к ребенку с отклонениями в развитии в семье не всегда является благоприятным. В ряде случаев материнская позиция относительно ребенка, имеющего умственные и физические недостатки, негативно влияет на его развитие, на формирование его личности, и поэтому она нуждается в психологической коррекции. Однако прежде чем рассмотреть возможности оказания психологической помощи семье, необходимо понять, как функционирует семья, в которой появился ребенок с отклонениями в развитии.

В любой семье, ожидая появления ребенка, будущие родители пред­ставляют себе, как он будет расти, на кого он будет по­хож, когда и какие скажет первые слова, когда нач­нет делать свои первые шаги, какие у него появятся друзья, какие у него будут интересы и многое другое. Родители готовятся к изменениям, которые произойдут в семье после рождения малыша: маме придется на какое-то время оставить работу, возможно, родители планируют по-другому проводить свободное время, задумываются о том, кто будет помогать им ухаживать за малышом. Если мама до рождения ребенка была увлечена своей работой и уделяла ей много времени, то она думает о том, когда сможет выйти на работу, скорее всего, она уже обсуждала вместе со своим руководством этот вопрос. Родители ожидали, что рождение ребенка станет одним из самых ярких событий их жизни, а вместо этого оно оказалось событием тяжелым и невыносимым.

Женщина, ожидающая ребенка, практически никогда не ставит под сомнение то, что она будет матерью полноценного, здорового ребенка. Себя она представляет в качестве любящей мамы, обеспечивающей полноценное развитие ребенка, а детей – как полностью соответствующих воображаемым образам, причем образ будущего ребенка насыщен только положительными эмоциями и качествами. В воображении женщины возникает образ «Ребенок моей мечты», который она в дальнейшем будет накладывать на родившегося ребенка.

### 15.2 Появление в семье ребенка с отклонениями в развитии как ситуация жизненного кризиса

Ситуацию рождения ребенка с физическими и умственными недостатками можно рассматривать как порождающую дефицит смысла дальнейшей жизни человека, как жизненный кризис. Кризис характеризует состояние, вызванное вставшей перед индивидом проблемой, от которой он не может уйти и которую не может разрешить в короткое время и привычным способом. Л.А. Пергаменщик выделяет следующие характерные признаки кризиса: внезапность наступления события; сверхнормативность события для человека; возникновение внутриличностного, межличностного или межгруппового конфликта, требующего оперативного разрешения, и отсутствие у человека опыта решения конфликта такого уровня; динамические, прогрессирующие изменения в ситуации, в условиях жизнедеятельности, в социальных ролях; усложнение процессов жизнедеятельности; переход ситуации в фазу нестабильности, выход к пределам адаптационных ресурсов человека [11].

Личность, находящаяся в состоянии кризиса, не может оставаться прежней; иными словами, ей не удается осмыслить свой актуальный психотравмирующий опыт, оперируя знакомыми, шаблонными категориями или используя привычные модели приспособления. Таким образом, в кризисе можно выделить две стороны: он несет в себе опасность для личностного роста и содержит потенциал личностного роста.

Семья и отдельные ее члены далеко не сразу принимают ситуацию рождения особого ребенка. Проходит еще много времени, прежде чем можно будет сказать, что семья справилась с данным жизненным кризисом. Рождение ребенка с отклонениями является тем толчком, который «запускает» для родителей процессы переживания горя. Чувства, которые испытывают родители, можно сравнить с переживанием реальной потери. Горе, переживаемое родителями, является процессом, который проходит несколько стадий. Прохождение через эти стадии можно рассматривать не только как переживание сильных негативных эмоций, но и как процесс адаптации семьи к тому, что произошло. В такой семье горе – это не сиюминутная трагедия, а один из компонентов, составляющих ежедневную жизнь семьи. В литературе можно встретить описание нескольких стадий. Давая им разные названия, авторы описывают примерно одинаковые процессы, а также указывают разные последовательности их протекания. Несмотря на наличие типичных стадий, которые проходит человек в совладании с кризисом, каждый может проходить эти стадии индивидуальным способом как по содержанию, так и по темпам прохождения. На прохождение процесса переживания горя влияют как индивидуальные характеристики членов семьи (психологические особенности, возраст, образовательный и социальный статус, степень доверительности отношений между родителями), так и особенности их ближайшего окружения (которое в разной степени готово помочь).

Мы предлагаем выделять следующие стадии переживания горя, связанного с рождением ребенка с отклонениями в развитии: 1) отрицание; 2) стресс (шок); 3) поисковая активность; 4 а) приближение к принятию или 4 б) созависимость; 5) принятие. Несмотря на длительный период времени, который проходит в процессе совладания семьи с кризисом, следы этой жизненной трагедии остаются, как шрамы на теле, и иногда напоминают о себе. В некоторых случаях стадии отрицания и стресса (шока) меняются местами, что в действительности отражает индивидуальные особенности переживания горя.

Опишем тот путь, который психологически проходят семьи, имеющие особых детей, используя примеры конкретных семей. Так как в первую очередь мама ребенка переживает последствия рождения ребенка с особенностями, принимает на себя главный удар, опишем содержание стадий переживания кризиса на ее примере.

***Стадия отрицания*** может продолжаться от нескольких минут до нескольких лет. Не все матери сразу принимают информацию о неблагополучии в здоровье и состоянии своего ребенка. Часть из них узнает об этом еще в родильном доме, другая часть – через некоторое время после рождения ребенка (в основном через несколько месяцев, когда нарушения в развитии становятся видимыми для специалистов и родителей). При нарушениях в развитии легкой степени мама вообще долго не воспринимает, что с ее ребенком что-то не в порядке.

Первоначальному видению реальной проблемы ребенка мешают следующие факторы: убежденность матери в абсолютном здоровье своего ребенка; эйфория по поводу рождения ребенка; незнание матерью норм развития детей определенного возраста; использование субъективных критериев для оценки состояния ребенка и уровня его развития. Главная идея матери: «У меня не может быть неполноценного ребенка», поэтому она выстраивает множество правдоподобных объяснений, почему ее ребенок отличается от других.

Родители могут отказываться от об­суждения проблем со специалистами, от проведения исследований. Они мо­гут утверждать, что их ребенок здоров и нормален, находить доказательства этого. Некоторые родители мо­гут пытаться обвинить специалистов, работающих с ними, в непрофессионализме и некомпетентности и тре­бовать других специалистов. Очевидные проблемы могут объясняться другими причинами, не относящимися к факту болезни ребенка, например, состоянием недоношенности, внешним сходством ситуации с ситуацией другого ребенка, с которым в дальнейшем все оказалось благополучно, плохим аппетитом у ребенка и возникшей у него слабостью, большим весом, из-за которого ребенок, например, не может удержать голову, смущением ребенка в присутствии незнакомых, из-за чего он плохо отвечает на вопросы и т.п..

Со стороны кажется, что семья пытается доказать всем (и в первую очередь себе), что с ребенком все почти в порядке, что это состо­яние, которое скоро пройдет, нужно только найти «дей­ствительно эффективное средство».

Любые сообщения о возможных негативных последствиях для ребенка воспринимаются матерями, как правило, крайне негативно, в результате резко уменьшается их доверие к специалистам, что еще более препятствует принятию информации от них. Выставленный в этот период ребенку диагноз заболевания не воспринимается еще как что-то трагическое, и в ряде случаев матери прямо отвергают его, возмущаясь некомпетентностью врачей. В других случаях матери просто не понимают сути диагноза, даже если им его объясняют специалисты:

*«Говорят, что у моего ребенка ничего страшного – только тонус в ручках и ножках повышен».*

*«Диагноза ДЦП не поняла».*

*«Нарушения замечали, но думали, что он еще маленький».*

*«Гоню от себя плохие мысли (о диагнозе), говорю себе, что все будет хорошо, ведь даже от рака излечиваются».*

*«Я очень боялась из-за ножек, лечила подвывихи, но не думала, что может отставать в развитии».*

*«Я не могла допустить такой мысли».*

*«В больнице говорили, что ничего хорошего вас не ожидает, но надежда была, что вдруг может что-нибудь произойти, что он станет здоровым».*

*«Поставили ДЦП – я не верила, ходила по разным врачам за подтверждением».*

В отдельных случаях стадия отрицания длится короткий промежуток времени: в этом случае матери сразу настроены на лечение, на оказание помощи ребенку: *«Диагноз ДЦП не воспринимала, как что-то страшное. И жалко себя не стало. Раз так получилось, значит, ребенка надо просто лечить. Это был наш образ жизни».*

На этой стадии матери не усваивают информацию о болезни ребенка, о прогнозе при столкновении со сходными состояниями, т.е. родители не допускают информацию на уровень самосознания, не присваивают ее: «У нас все будет по-другому». Однако рано или поздно женщина начинает осознавать смысл поставленного диагноза, постигает его глубину и трагичность как для ребенка, так и для себя самой: *«Когда поставили диагноз, казалось, что земля с небом сошлись».*

С этого момента женщина начинает переживать типичную стрессовую ситуацию ***(стадия стресса (шока))*** со всеми ее характерными симптомами. Стрессовое состояние приводит к серьезным физиологическим и психологическим последствиям для матери. Возникают сильные эмоциональные переживания в форме страдания, гнева, стыда, вины, обиды, тревоги, беспокойства, одиночества, обиды на жестокую судьбу; возникает ощущение «заклейменности», мать думает, что окружающие подозревают, что она и члены ее семьи представляют меньшую биологическую ценность. Итогом негативных чувств является хроническая печаль, трудности переживания спонтанной радости, поиск расслабления и пессимистическая перспектива. Для женщины типичными способами поведения становятся самоизоляция от других людей, агрессия в адрес себя самой, близких, своего ребенка, профессионалов.

Для женщины в этот период характерны следующие симптомы поведения: слезы, потеря сна и аппетита; упадок сил, снижение активности и оцепенение; снижение способности к рациональному мышлению, к концентрации внимания. Родители могут выглядеть смущенными и игнорировать рекомендации специалистов; снижается социальная активность, круг общения. Неотреагированный гнев, сильное чувство вины могут вызвать психосоматические симптомы: появляются сильные головные боли, боли в сердце, проблемы с же­лудком. Возникают трудности с приемом пищи: некото­рые люди не могут есть либо, наоборот, испытывают по­стоянное чувство голода, возникают нарушения сна, чувство постоянной усталости. В крайних случаях серьезное ограничение интересов и общения, тяжелые переживания могут приводить к депрессии и даже суицидальным попыткам.

Родители вспоминают, что известие о нарушении у ребенка было тяжелейшим шоком, иногда казалось, что это просто дурной сон. Они могут отказываться обсуждать диагноз ребенка, перестать общаться с родственниками и друзья­ми, отвечать на телефонные звонки, выходить из дома. В таком состоянии молодая мама перестает следить за собой, с ней трудно обсуждать слу­чившееся, она несколько раз задает одни и те же вопро­сы, не дожидаясь ответа на них. Вся семья может погру­зиться в тягостное молчание, супруги и другие члены семьи на­столько могут быть поглощены своим горем и находиться в состоянии оцепенения, что им бывает нелегко говорить о случившемся, обсуждать, что делать.

*«Сначала плакала, была в шоке, но потом (через месяц) я решила, что если это мой ребенок, то только я могу ему помочь».*

*«Морально давило то, что во дворе было много детей-сверстников: мамы стоят, я с ними, но мне даже нечего сказать. Приходила домой и плакала».*

Женщины пытаются скрыть факт неполноценности своего ребенка от окружающих. Например, в течение 4-х лет никто из окружающих не знал, что в социально успешной и благополучной семье родился ребенок с синдромом Дауна. А вот как советует одна мама другой: *«Если твой ребенок не ходит – возьми его на руки и неси – и никто не узнает, что он не ходит».* У матерей развивается комплекс родительской неполноценности, недоверие к себе как к воспитателю собственного ребенка, снижение уверенности в собственных силах. *«Меня бесило, когда родственники о нем ничего не спрашивают, как будто он мертв».*

Женщины испытывают чувство беспомощности, одиночества, страдания, горя, вины и стыда. Они ощущают скорее собственную неполноценность, а не неполноценность ребенка, чувство стыда возникант из-за того, что дефект как бы принадлежит не ребенку, а себе самой. Таким образом, в этот период происходят резкие деформации образа «Я» у женщины: *«Когда я узнала о болезни ребенка, была раздавлена как женщина – я с дефектами, раз у меня такой ребенок».* Такие личностные изменения находили отражение и в отношении матерей к собственному ребенку: у них появлялось чувство жалости, ребенок начинал их раздражать, они эмоционально отвергали его.

Все матери именно в этот период впервые задавали себе почти риторический вопрос: *«Почему это случилось именно со мной?»* *«Всегда вопрос: почему именно у меня? У меня в жизни мало плохого было, может, поэтому?»*

Поиск ответов на этот вопрос сопряжен с актуализацией чувства вины в возникновении проблемы здоровья ребенка. Открыто о своей вине говорят только около трети матерей, у остальных собственная вина признается в скрытой форме, но 10% матерей категорически отрицают свою вину в возникновении заболевания ребенка. Чувство вины выражается по-разному: 1) в объяснении причин заболевания; 2) в построении отношений с ребенком, прежде всего, отношений гиперопеки; 3) в повышении активности, направленной на лечение ребенка. Положительная функция чувства вины проявляется в том, что активность матери соответствует потребности в ранней и интенсивной реабилитации, однако повышенная активность по отношению к лечению может проявляться и как изживание чувства вины.

Изменяется и отношение женщин к ближайшему социальному окружению: они становятся более замкнутыми, у них сужается круг общения и интересов, хотя они и остро нуждаются в этот период в психологической поддержке окружающих. Однако если ситуация осознания была подготовлена предыдущими проблемами в выполнении женщиной материнских функций (невынашивание беременности, тяжелые роды и др.), то осознание факта заболевания ребенка не является столь трагичным и не оказывает столь сильного стрессогенного воздействия на женщину.

Дальнейшее изменение психологического состояния женщины осуществляется в направлении некоторого эмоционального подъема и сглаживания первых негативных следов стресса, на фоне которых происходит подъем поисковой активности ***(стадия поисковой активности,*** или ***переориентации)*,** направленной на лечение ребенка. Начинается поиск информации о самом заболевании, о медицинских учреждениях, о способах и средствах лечения. Вначале поиск лечения практически превращается в поиск чуда, ведущего к быстрому и полному излечению. Представление о кратковременности и конечности такого лечения является наиболее типичным для матерей в этот период. Так, они часто задают вопрос врачу: «Сколько дней нам здесь придется пробыть?», хотя заболевание ребенка требует лечения в течение многих лет. Таким образом, для матерей в этот период характерна общая оптимистическая настроенность в связи с понимаемой возможностью справиться с ситуацией заболевания ребенка. *«Когда работаешь, некогда плакать», «Сюда, в Центр, идешь как на работу», «До 3-х лет не видела ни дня, ни ночи. К 3-м годам привыкла, успокоилась, знала, что надо делать».*

Такая настроенность упрочивается после первых успехов в лечении ребенка, особенно очевидных, если ребенок длительное время не подвергался лечению. *«Когда ему стало лучше, я стала получать удовольствие от материнства, а до этого была в стрессе и тревоге».* Интересы родителей в этот период сосредоточиваются только на вопросах лечения ребенка, поиска новых учреждений и методов лечения, и фактически этому подчиняется вся жизнь семьи, или, по крайней мере, матери. У нее происходит своеобразное сужение сознания не только до условных рамок ее ребенка и его проблем, но иногда даже и до конкретных методов его лечения. Всякая другая направленность интересов матери в этот период полностью отвергается, причем не только ею самой, но и окружающими. Например, в адрес матери, имеющей тяжелого ребенка, но уже находящейся на стадии принятия, было обращено следующее высказывание другой матери: *«У нее такой больной ребенок, а она еще и прически красивые себе делает».*

Дальнейшая динамика психологического состояния матери характеризуется постепенным исчезновением той оптимистической настроенности, которая была характерна для предыдущей стадии. Это связано с невозможностью добиваться постоянных видимых улучшений в состоянии ребенка и с осознанием матерью этой невозможности. Когда мать впервые начинает понимать, что заболевание принципиально неизлечимо и ребенок до конца своих дней будет иметь ограниченные возможности *(«он всегда будет такой»)*, можно говорить о принципиально новой стадии на пути к принятию ситуации. На этом этапе происходят преобразования взглядов матери на ребенка, ее отношения к нему, а также конструктивные изменения в личности матери.

*«Решила устраиваться на работу, устала сидеть дома, хотелось пойти в люди, хотя бы самой походить по магазинам».*

*«Я поняла, что нужно жить сейчас. До этого я жила будущим: такого-то числа поедем на консультацию.., через месяц пройдем очередной курс массажа.., занятия с логопедом.., поездка в санаторий.., экстрасенсы.., дельфинотерапия.., новое лекарство».*

На стадии ***приближения к принятию*** психологическое состояние женщины характеризуется чередованием подъемов активности и ее спадов. Подъемы активности обусловлены следующими факторами: обнадеживающими оценками врачей, улучшением здоровья ребенка, его успехами в развитии и обучении, осознание «неединственности» своей беды, рождение и воспитание второго, здорового, ребенка, поступление на работу. Более трети матерей прямо, а остальные опосредованно связывают успехи ребенка с собственным хорошим настроением и оптимизмом.

*«В Евпатории я поняла, что моя беда не самая страшная, что есть гораздо страшнее».*

*«Когда смотришь на других, что ты не один, люди живут с этим – появляются силы».*

*«Родила сына – такая отдушина, такое счастье было. Второй ребенок родился здоровым – так легко на душе стало, как будто крылья появились»*.

Спады активности матерей обусловлены следующими факторами: ухудшение в состоянии здоровья ребенка или отсутствие улучшений, жесткие реакции окружающих и специалистов по отношению к ребенку, сравнение своего ребенка с другими детьми, осознание факта взросления ребенка и проблем, возникающих в связи с этим, нарастающие трудности семейных отношений.

К качественным изменениям, происходящим с матерью, относится формирование у нее адекватного образа ребенка, что явно сопряжено с ослаблением стремления достичь нормы в его развитии. Это стремление побуждает активность матери на стадии поиска лечения, но на стадии приближения к принятию оно оказывает тормозящее воздействие на полное принятие сложившейся ситуации, когда женщина пытается «выровнять» своего ребенка до уровня здоровых сверстников, она отдаляется от понимания принципиальной невосполнимости нарушений в развитии ее ребенка. Сформированный адекватный образ ребенка вызывает, как следствие, и изменение стиля общения с ним, и, прежде всего, избавление от гиперопеки.

На этом этапе мать выступает как посредник в общении ребенка с окружающими, она «приучает» его окружение к общению с ним, учит окружающих общаться с ее ребенком в соответствии с его возможностями. *«И первое – это приучить всех окружающих родных, соседей, друзей, что* *рядом теперь будет ребенок, который не такой, как все. Дети должны привыкнуть, что рядом будет немного другой человек».*

В семье особого ребенка на этой стадии уже выработались хорошие навыки преодоления стрессовых ситуаций и способы справляться с каждоднев­ными трудностями. Родители могут говорить о будущем, строят дальние и ближние планы. Постепенно начинает восстанавливаться круг общения, у родителей появляют­ся интересы, которые связаны не только с уходом за ребенком, но и с их собственными потребностями.

***Истинное******принятие*** предполагает адекватное понимание ситуации, признание случившегося как факта: да, так случилось, да это произошло. Одним из способов достижения истинного принятия является переключение внимания матери на достижения ребенка, на свой вклад в их стимулирование. На стадии истинного принятия у матери складывается адекватный образ ребенка и отсутствует стремление к норме. *«Я ценю то, что есть. Привыкнуть к ним надо: дети как дети. Обыкновенный ребенок, только бегает не так быстро».* Мать организует жизнь ребенка в соответствии его потребностями, спокойно относится к мнению окружающих о ребенке, целенаправленно формирует его. Истинное принятие можно рассматривать как некий идеал, к которому стремится семья ребенка с отклонениями в развитии.

Стадия ***зависимости и созависимости*.** Созависимость – это болезненное состояние, которое в значительной мере является результатом адаптации к семейной проблеме. Ш. Вегшейдер Круз определяет созависимость как специфическое состояние, которое характеризуется сильной неполноценностью и озабоченностью, а также прочей зависимостью (эмоциональной, социальной, а иногда и физической) от человека или предмета [22]. Для созависимости характерны следующие признаки: заблуждение, отрицание, вытеснение, самообман; коммуникативные действия (неосознанное иррациональное поведение); замороженные чувства; низкая самооценка; нарушение здоровья, связанное со стрессом. Созависимость рассматривается как самостоятельное заболевание человека, живущего рядом и вместе с больным (например, с алкоголиком, наркоманом). Эти характеристики применимы и к матери, живущей с ребенком, имеющим отклонения в развитии. *«Когда ставят диагноз, чувствую себя больной: это все равно, что сама болею».*

Например, мама, имеющая тяжело больного ребенка, который не видит, не передвигается, не разговаривает, признается: «Оставлять одного или на кого-то не могу:кажется, что ему очень плохо одному. Когда он не спит, я все время держу его на руках».

Созависимым нравится приносить себя в жертву, изображать из себя мученика, они получают удовольствие от своей способности терпеть, мириться с неудобствами, разочарованием и болью. О.В. Шорохова [22] утверждает, что они гордятся своей способностью бороться, несмотря ни на что, им не страшны никакие трудности. Для них важна их правота, а не результат их действий. Они несут свой крест, как тяжелое бремя, с твердостью и упорством, не теряя мужества. Они ожидают, что другие будут ими восхищаться, их будут уважать за терпение, страдание и великодушие. За этим скрывается страх открыть себе правду, которую они знать не хотят. Больные созависимостью упорно не хотят лечиться, то есть избавляться от патологической привязанности к больному ребенку. *«Мы, матери, просто больны своим ребенком, и нашим мужьям тяжело с такими женами».*

Условиями выздоровления являются психологическое отстранение от больного человека, с которым имеются длительные отношения, знание признаков (симптомов) созависимости и ее течения, длительная реабилитация, осознание своих потребностей, обращение внимания на себя саму, на удовлетворении своих потребностей, на реализацию себя.

Как отмечает Н.М. Назарова, «в одних случаях семья облегчает положение своего ребенка, повышает его адаптированность к окружающему миру, создает у ребенка в семье ощущение комфорта и эмоционального благополучия. В других – может разрушающе воздействовать на его психику и психологическое состояние всех членов семьи. Если их собственные, естественные в таких случаях переживания горя, вины, страха, стыда, отвращения и бессильной ярости отвергаются родителями как недостойные, постыдные, если родители не могут позволить себе чувствовать это, потому что все же любят своих детей, если они подавляют в себе такие эмоции, то эффект их усилий оказывается обратным. Негативные эмоции лишь усиливаются, выливаясь во внезапные срывы, конфликты, а бесконечное самопожертвование изнуряет и обессиливает родителей» [5, с. 5].

Формирование реальных ожиданий женщины, происходящее под влиянием адекватного образа ребенка, постепенно ослабляет ее переживания по поводу несбывшихся ожиданий, что стабилизирует ее эмоциональное состояние. Женщина уже не стремится исправить свершившееся и не защищается от него, а осуществляет поиск нового содержания жизни, которого она была лишена в связи с рождением особого ребенка и которое могло бы дать ей чувство уверенности в себе и наполнить жизнь смыслом.Таким образом, принятие женщиной ситуации рождения ребенка с отклонениями в развитии и себя самой как матери, имеющей такого ребенка, является итоговой стадией разрешения женщиной жизненного кризиса. Таким образом, происходит становление родительской идентичности, имеющей специфическое содержание: «Я *–* мать особого ребенка, я лучшая мать для него. И это не мешает мне жить полноценной жизнью». В этом проявляется индивидуальность жизненного пути женщины, имеющей ребенка с физическими и умственными ограничениями. Задача психолога, работающего с данными матерями, состоит в том, чтобы помочь им пройти все стадии кризиса родительской идентичности и прийти к принятию своей ситуации.

### 15.3 Взаимотношения между сиблингами в семье, имеющей особого ребенка

Появление в семье ребенка с особенностями психофизического развития оказывает серьезное влияние не только на родителей, но и на братьев и сестер (сиблингов) родившегося ребенка. Влияние особого ребенка на своих обычных сиблингов – важная область научных исследований и практики. Данные имеющихся исследований (в большинстве своем проведенных западными учеными) доказывают, что если часть сиблингов успешно преодолевают психологические трудности, то другие находятся в зоне психологического риска и даже нуждаются в оказании психологической и психотерапевтической помощи.

Отношения между сиблингами (семейная сиблинговая подсистема) являются значимыми не только для самих братьев и сестёр, но и семьи в целом. «Продуктом» взаимодействия сиблингов является специфический опыт общения, который строится на основе потребностей, мотивов, отличных от тех, по которым ребёнок вступает в отношения с другими людьми. Сиблинги могут быть друг для друга образцом для подражания, объектом идентификации, в общении с сиблингом ребёнок приобретает богатый эмоциональный опыт, усваивая уроки эмпатии, уважения, понимания в отношениях со сверстником. Однако сиблинговая забота не проявляется до тех пор, пока организация в семье не будет способствовать этому. В работах, посвященных проблеме отношений братьев и сестер в семье, подчеркивается, что эти отношения по природе своей являются амбивалентными: описываются такие виды отношений между сиблингами, как сотрудничество, соревнование, конкуренция и антагонизм. Ревность у сиблингов возникает из-за того, что родители предпочитают одного ребёнка другому. Большинство братьев и сестёр довольно часто с большим азартом дерутся: они борются за пространство, вещи, родительскую любовь и внимание. Отношение детей к своим младшим сиблингам строится через отношения к детям их родителей.

В нашем исследованиимы проанализировали высказывания детей об их особых братьях и сёстрах и высказывания родителей об их отношениях между сиблингами в семье, описанные в литературе [2]. Анализируя эти высказывания, можно утверждать, что отношения между сиблингами далеко не однозначны, скорее амбивалентны: любовь, уважение, понимание в отношении к особому ребёнку, с одной стороны, и антипатия, отвержение и даже брезгливость, с другой стороны. В большинстве случаев родители направляют отношения сиблингов, задают им определённое содержание и эмоциональную окрашенность. В отличие от родителей, дети не проходят стадий принятия (или непринятия) своего брата или сестры. Для детей эмоционально значимым является уже сам факт рождения сиблинга. Можно предположить, что у них при наличии особого сиблинга не происходит краха ожиданий, как это происходит у родителей, когда в семье появляется особый ребенок. Ревность может возникать не только у обычных детей, но и у особых детей, когда под угрозой оказывается принадлежащая всецело больному ребёнку любовь родителей. Причиной ревности является утрированное чувство страха потерять внимание и любовь родителей, которое ребёнок не хочет, да и не может сдерживать.

При рождении ребёнка с отклонениями в развитии родители оказываются в стрессовой ситуации, которая первоначально оказывает сильное негативное воздействие на их физическое и психическое здоровье. В это время обычный ребёнок рассматривается родителями в сравнении с особым ребёнком, для того чтобы оценить физическое и умственное развитие последнего. Именно это сравнение часто закладывает сомнение родителей в здоровье их ребёнка. Самостоятельно выявленные родителями отличия в развитии детей воспринимаются ими лучше, чем диагноз, выставленный врачами. В это время обычный ребёнок уже начинает испытывать дефицит родительской любви и внимания. Однако родители ещё так поглощены проблемами особого ребёнка, что не замечают этого. Что же касается самих детей, то их отношения начинают строиться как отношения брата и сестры без учёта ограниченных возможностей ребёнка. В то время, когда родители терзают себя вопросами о болезни ребёнка, о ее причинах, дети выстраивают отношения друг с другом.

На следующей стадии, когда родители заняты поиском разрешения сложившейся ситуации, стремятся преодолеть болезнь ребёнка, симптомы сильнейшего стресса несколько сглаживаются. Именно в это время родители впервые вспоминают о своем обычном ребёнке, причём начинают осознавать, что они «недодали» ему любви и внимания. Однако родительское внимание и забота всё же в своём большинстве принадлежат особому ребёнку. Таким образом, и в этот период обычный ребёнок испытывает недостаток родительской любви и общения.

Взаимоотношения между сиблингами могут складываться и на основе перенятого детьми стереотипа сложившегося к особому ребенку отношения кого-либо из родителей, других братьев и сестер из семьи либо членов более далёкого социального окружения. Поэтому логично предположить, что подобный стереотип ребёнок усваивает, перенимает от того, с кем себя идентифицирует. В этом случае ребенок начинает выстраивать свои взаимоотношения с особым сиблингом без учёта его индивидуальных особенностей, не используя его возможности для того, чтобы оптимизировать общение с ним, наладить общую игру и другую деятельность.

В семье, имеющей ребенка с отклонениями в развитии, бывает не принято разговаривать о проблеме ребенка. Таким способом семья защищается от негативной информации, от негативных переживаний. Из-за нежелания родителей разговаривать на эту тему братья и сестры могут страдать от недостатка информации о состоянии их брата/сестры, и за этим порой скрывается обычное для братьев и сестер беспокойство о будущем. Когда родители отказываются объяснить детям состояние их брата/сестры, те начинают искать информацию сами, порой не сознавая этого. Сиблинги чувствуют необходимость обсудить с кем-либо полученную информацию, открыто рассказать о своих чувствах и потребностях.

Еще одна важная проблема – это проблема ответственности, которую несут братья и сестры за ребенка с отклонениями в развитии. Постоянная необходимость заботиться о больном может вызвать гнев, неприязнь, чувство вины и, с большой вероятностью, последующие психологические проблемы, особенно если это сочетается с недостатком внимания со стороны родителей. Особый ребенок требует огромного количества времени, энергии и эмоциональных ресурсов, другие дети могут быть вынуждены принимать по отношению к нему родительские роли, к которым они не подготовлены, и таким детям приходится слишком быстро проходить стадии развития, необходимые для нормального взросления. Они оказываются ограниченными в удовлетворении собственных потребностей, в реализации своих интересов и в контактах со своими сверстниками. Все это не только ограничивает возможности развития детей, но и озлобляет сиблингов в отношении к их особому брату/сестре. Сиблинги детей с отклонениями в развитии имеют больше домашних обязанностей, чем сиблинги здоровых детей, однако эти обязанности далеко не всегда и не у всех приводят к негативным последствиям.

Детям, как и взрослым, тяжело сравнивать свою жизнь с жизнью других детей, не имеющих особых сиблингов. Нормально развивающиеся сиблинги могут испытывать чувство «вины выживших», сравнивая свою нормальную и здоровую жизнь с жизнью особых (больных) детей. Чувствуя стыд за то, что они здоровы, они могут брать на себя обязанности по уходу за больным из чувства вины. Опасность здесь в том, что из чувства вины и неправильно понятого долга здоровый сиблинг может на всю жизнь сделаться «рабом» больного.

В подростковом возрасте готовность сиблингов заботиться друг о друге и принимать заботу друг друга могут стать источником конфликта. Повышенная забота о собственном имидже в глазах сверстников может увеличить страхи обычного ребенка, его чувство стыда и унижения за то, что у него есть неполноценный брат/сестра.

Сиблинги ребенка с отклонениями в развитии могут испытывать проблемы из-за того, что им навязывают необходимость «компенсировать» разочарование и фрустрацию их родителей. На плечи обычных детей ложится требование достичь таких успехов, каких многие из них по своим интеллектуальным или психологическим данным добиться просто не способны. Это требование успеха выражается особенно ярко, если особым ребенком является сын. Дочери же подвергаются действию двойного стресса: они испытывают необходимость исполнить родительские надежды и одновременно принять на себя квазиродительские обязанности. Сиблинги детей с с отклонениями в развитии испытывают б*о*льшую потребность в достижении успеха, чем братья и сестры здоровых детей.

Обычные сиблинги могут смотреть в будущее с понятной тревогой и беспокойством: они отдают себе отчет, что после ухода из жизни родителей они должны будут осуществлять уход и заботу о своих особых братьях/сестрах. Невнимание родителей к одному ребенку в сочетании с повышенной заботой о другом не позволяет некоторым родителям замечать проблемы, которые испытывает их зобычный ребенок.

### 15.4 Психологическая помощь семье, имеющей особого ребенка

Американский психолог А. Антоновский (1987) занимался изучением факторов, помогающим людям преодолеть стресс, найти силы справиться с ситуацией и продолжать жить даль­ше. В модели А. Антоновского основной акцент сделан на том, что именно помогает спра­виться со стрессом. Основными поня­тиями в данной модели являются «генерализованные ресурсы сопротивле­ния» и «чувство согласованности». Именно развитие чувства согласованности помогает людям преодолеть кризис, справиться со стрессом. А. Антоновский выделяет три компонента генерализованных ресурсов: постижимость, управляемость и осмыслен­ность. Постижимость связана с тем, как человек представляет себе ситуацию, насколько он обла­дает адекватной информацией. Управляемость – это умение справляться с тем, что происходит. Осмысленность выражается в способности смотреть в будущее, строить жизненные планы.

Ориентация на достижение постижимости, управляемости и осмысленности кризисной ситуации, вызванной появлением в семье особого ребенка, становится основой содержания психологической помощи семье. Для планирования оказания психологической помощи семье очень важно описать, в чем именно семья нуждается в данный момент, на данном этапе своего развития, в зависимости от стадии переживания кризиса.

На стадии отрицания и на стадии стресса (шока) членам семьи необходима эмоциональная поддержка, нужно дать им возможность признать факт болезни, нарушения у ребенка, то есть дать время на это, не спешить. Бессмысленно настаивать на том, чтобы мать согласилась с диагнозом, приводить новые доводы в пользу этого диагноза, пытаться сопоставлять состояние ребенка с другими детьми для подтверждения диагноза. Эту информацию мать «не слышит», а если и слышит, то не относит ее к себе, к своему ребенку. Семья нуждается в понимании и поддержке, как со стороны специалистов, так и со стороны близких. Родителям очень важно чувствовать, что они не одиноки, что жизнь про­должается. Эмоциональная поддержка эффективнее всего оказывается в режиме «активного слушания». Полезно знакомство семьи с другими подобными случаями и информация о том, что все семьи в этой ситуации переживают то же, что и она. В то же время необходимо осторожное стимулирование к активным действиям в отношении лечения ребенка.

Специалисту необходимо помнить о важности принятия любых эмоций, которые демонстрирует семья. Гнев и отчая­ние, которые могут быть направлены и на специалистов, часто связаны с шоком и негодованием самих родителей по поводу случившегося. Важно принимать такие чувства, хотя это сделать нелегко.

На стадии активных поисков семья более всего нуждается в достоверной и практичной информации:

- о заболевании ребенка (ознакомление с сущностью диагноза, информация о развитии ребенка, об особенностях его поведения, о типичных симптомах, вызванных заболеванием);

- о способах лечения и конкретных методиках помощи ребенку в домашних условиях (как кормить ребенка, как одевать, как играть с ним, какой режим дня установить, как обучать навыкам самообслуживания, как стимулировать его развитие).

На этой стадии специалист может ставить следующие задачи в работе с семьей: обучение методике ухода за ребенком, методике осуществления лечебных процедур и занятий с ребенком; диагностика и коррекция нарушенных отношений в диаде «мать – ребенок»; поддержка матери в ее становлении как «параспециалиста» для своего ребенка, профессиональная оценка успешности женщины как матери.

На стадии приближения к принятию специалист решает следующий круг задач:

– ориентация матери ребенка на его успехи ребенка и его позитивные возможности;

– определение оптимальных путей развития ребенка, то есть «образовательного маршрута» в широком смысле (лечение, обучение, отношения с широким социальным окружением);

– формирование реального образа ребенка через совместный анализ поведения ребенка, результаты выполнения им различных заданий, анализ его успехов и ограничений;

– психологическое сопровождение развития ребенка как выявление текущих проблем в его развитии, определение путей и помощь в их решении;

– стимуляция матери к ее самоопределению в профессиональной и личной жизни (возможности профессиональной деятельности, социально направленной активности, рождение второго ребенка).

*Главной целью специалиста является выработка у родителей установки:* наш ребенок такой, как все (он человек, он имеет право на жизнь, на проживание своей жизни в соответствии со своими потребностями), но у него есть индивидуальные особенности, которые необходимо учитывать в общении с ним, в организации его жизни.

Многим родителям очень важно услышать мнение дру­гих родителей. Мамы и папы часто спрашивают, что делают другие родители, что помогает их детям. Поэтому полезной является организация групповых встреч и семинаров для родителей. Встреча с людьми, переживающими такую же ситуацию, выполняет важные терапевтические функции, иногда она оказывается более нужной и эффективной, чем многочасовые консультации со специалистами.

Большинство семей, имеющих ребенка с отклонениями в развитии, удачно преодолевают жизненный кризис в личном, семейном и социальном планах. Хотя среди родителей детей с отклонениями в развитии встречаются и такие, которым не удается выйти из душевного кризиса ни самостоятельно, ни с помощью друзей и близких, ни с помощью специалистов. В этом случае семье требуется систематическая целенаправленная психотерапия, в которой психолог полностью концентрируется на внутреннем мире клиента, дает ему возможность выразить все свои личностные проблемы, обостренные в связи с появлением особого ребенка.

Каждая семья может переживать кризис рождения особого ребенка самостоятельно, не обращаясь к специалистам. При отсутствии возможностей оказания профессиональной помощи семье, как правило, так и происходит. Семья может получать психологическую помощь и поддержку от близких, от более широкого семейного окружения, от друзей и соседей. Немецкий специалист по психологической поддержке семьи М.П. Краузе считает: «Большинство родителей творчески мобилизуют собственные силы и самостоятельно приспосабливаются к состоянию своего ребенка и изменившейся семейной обстановке. Они чувствуют, что им нужно, и не стесняются об этом говорить. Когда им нужна помощь, они обращаются за ней. Перед лицом вызова судьбы многие люди меняются, перерастают сами себя в борьбе с проблемой, открывают в себе новые качества или способности, о которых раньше даже не подозревали. Благодаря искренней поддержке и практической помощи родственников и друзей им удается преодолеть кризис, привязаться к ребенку, обеспечить ему в семье особое место, не ущемляющее прав его братьев и сестер, и более или менее быстро прийти к совершенно новой, но не менее органичной структуре семейных отношений» [5, с. 9–10].

Быть родителем ребенка с отклонениями в развитии – это не значит самому быть проблемной личностью или даже иметь проблему душевного, психического здоровья. Потому что горе – это не болезнь, а состояние, которое можно преодолеть на благо себя самого, своего особого ребенка и семьи в целом. Успешно преодолеть сложную кризисную ситуацию можно с помощью специалистов (психотерапевтов, психологов), а можно и самостоятельно, найдя ресурсы внутри самого себя и поддержку среди близких людей.

### 

### 15.5 Вопросы для размышления, проверки и самоконтроля; практические задания

1. Какую роль играет семья, имеющая особого ребенка, в его развитии и адаптации к окружающей социальной среде?

2. Как реагирует семья на рождение ребенка с отклонениями в развитии?

3. Почему появление в семье ребенка с отклонениями в развитии можно рассматривать как кризисную жизненную ситуацию?

4. Почему появление в семье ребенка с отклонениями в развитии можно рассматривать как процесс переживания утраты, потери, горя?

5. Какие стадии проходит мать ребенка и семья в целом в процессе переживания кризиса?

6. Какие чувства испытывают члены семьи на разных стадиях переживания кризиса рождения ребенка с отклонениями в развитии?

7. Какие типичные симптомы поведения семьи в отношении лечения (реабилитации) ребенка с отклонениями в развитии характерны на стадии отрицания?

8. Как реагируют сиблинги на появление в семье ребенка с отклонениями в развитии?

9. Какие проблемы в развитии могут появиться у обычных детей из семьи, имеющей ребенка с отклонениями в развитии?

10. Какие психологические резервы семьи способствуют преодолению негативных последствий кризиса рождения ребенка с отклонениями в развитии?

11. В какой психологической помощи нуждается семья ребенка с отклонениями в развитии?

***Практическое задание № 1.*** Прочитайте письмо, написанное Эмили Перл Кингслей, матерью ребенка с синдромом Дауна. Это письмо-метафора. Объясните, каким образом в этом письме представлена ситуация рождения ребенка с отклонениями в развитии, какие чувства испытывают родители при появлении в семье такого ребенка. Каким образом можно использовать это письмо в работе по психологической поддержке семьи?

*«Путешествие в Голландию.* Период ожидания ребенка подобен планированию взлелеянного в мечтах волшебного путешествия в Италию. Вы покупаете гору справочников и строите чудесные планы. Колизей. Скульптура Давида Микеланджело. Гондолы в Венеции. Вы выучиваете несколько фраз на итальянском языке. Все это вас захватывает.

Наконец, после месяца приготовлений наступает этот долгожданный день. Вы собираете чемоданы и отправляетесь в путь. Через несколько часов самолет приземляется. Входит стюардесса и говорит: «Добро пожаловать в Голландию!»

«Голландию?! Что вы имеете в виду? Мы летели в Италию! Всю свою жизнь мы мечтали об Италии! И сейчас мы должны быть в Италии!»

«Неожиданно изменилось расписание полетов. Вы приземлились в Голландии и здесь вы должны остаться. Обратного пути нет».

И вы остаетесь. Вы вынуждены остаться. Покупаете другие справочники и изучаете совсем другой язык. Но, с другой стороны, в Голландии вы встречаете людей, которых в другом месте вы никогда бы не встретили.

ЭТО ПРОСТО ДРУГАЯ СТРАНА. Ритм жизни там медленнее, чем в Италии, и там не так красочно. Но немного пожив, вы осматриваетесь и видите, что в Голландии есть оригинальные ветряные мельницы и тюльпаны, в Голландии есть картины Рембрандта…

Но когда все другие, кого вы знаете, едут в «вашу» желанную Италию и возвращаются из нее, вы не раз думаете: «Да, мы тоже должны были быть там. Мы так планировали». И сожаление об этом никогда не пройдет, потому что потеря мечты очень мучительна.

Но если вы всю жизнь будете оплакивать то, что вам не было суждено попасть в Италию, вы никогда не сможете полностью понять, каким замечательным краем может быть Голландия» [14].

***Практическое задание № 2.***Каким образом можно объяснить следующие результаты исследований американских ученых, изучавших семьи, имеющие детей с умственными и физическими недостатками.

Семьи, воспитывающие ребенка с аутизмом, оказываются более страдающими, чем семьи, имеющие ребенка с интеллектуальной недостаточностью. Стресс в большей степени проявляется именно у матерей, имеющих детей с аутизмом. Они не только испытывают чрезмерные ограничения личной свободы и времени из-за сверхзависимости своих детей, но и имеют очень низкую самооценку, считая, что недостаточно хорошо выполняют свою материнскую роль [12]. Проведите связь между особенностями поведения и самоощущения матерей с особенностями поведения детей с аутизмом.

***Практическое задание № 3.*** Подготовьте памятки для родителей на темы: «У вашего ребенка интеллектуальная недостаточность (ЗПР, СДВГ, глухота, слепота, ДЦП, детский аутизм)». В доступной для родителей форме расскажите об основных характеристиках данного расстройства, о сильных сторонах таких детей, а также об основных направлениях и задачах помощи им.

***Практическое задание № 4.*** *Групповая дискуссия.* Случаи отказа родителей от своих детей с тяжелыми отклонениями в развитии являются не столь частыми, как это можно было бы предполагать на основе знаний об особенностях таких детей и объективной невозможности существенно улучшить их состояние. Объясните, почему родители не спешат отдавать таких детей в специальные учреждения опеки. Используйте информацию об эмоциональных состояниях родителей, которые они испытывают на разных стадиях на своем пути к принятию ситуации наличия в семье особого ребенка.

### 15.6 Библиография по теме «Семья ребенка с отклонениями в развитии»

1. Валитова, И.Е. Ребенок с отклонениями в развитии: кризис родительской идентичности / И.Е. Валитова // Вестн. Брест. ун-та. – 2005. – № 3. – С.68–79.
2. Валитова, И.Е. Взаимоотношения в семье между сиблингами, один из которых – ребенок с особенностями в развитии / И.Е. Валитова // Известия Академии пед. и социальных наук. – М. : МОДЭК, 2006. – Вып. 10. : Педагогические традиции народов. – С. 45–57.
3. Вулис, Р. Если ваш близкий страдает душевной болезнью. Руководство для членов семей, друзей и социальных работников / Р. Вулис. – М. : Нолидж, 1998. – 192 с.
4. Киллили, М. История о том, как родительская любовь победила тяжелую болезнь / М. Киллили. – СПб. : Питер Ком, 1998. – 280 с.
5. Краузе, М.П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь родителям: учеб пособие для студ. высш. учеб. заведений / М.П. Краузе. – М. : Изд. центр «Академия», 2006. – 208 с.
6. Кулагина, Е.В. Адаптация семей с детьми-инвалидами: гендерный аспект [Электронный ресурс] / Е.В. Кулагина.– 2004. – Режим доступа: <http://www.isras.ru/files/File/Socis/2004-06/kulagina.pdf>. – Дата доступа: 16.01.2011.
7. Мастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие для вузов / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина ; под ред. В.И. Селиверстова. – М. : Владос, 2004. – 408 с.
8. Нет «необучаемых детей»: книга о раннем вмешательстве / под ред. Е.В. Кожевниковой и Е.В. Клочковой. – СПб. : КАРО, 2007. – 352 с.
9. Ньюмен, С. Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей / С. Ньюмен. – М. : Теревинф, 2004. – 240 с.
10. Селигман, М. Обычные семьи, особые дети / М. Селигман, Р. Дарлинг ; пер.с англ – М. : Теревинф, 2007. – 368 с.
11. Пергаменщик, Л.А. Кризисная психология : учеб. пособие / Л.А. Пергаменщик. – Минск : Выш. школа, 2004. – 239 с.
12. Психология семьи и больной ребенок : учеб. пособие : Хрестоматия / авт.-сост. И.В. Добряков, О.В. Защиринская. – СПб. : Речь, 2007. – 400 с.
13. Романова, О.Л. Психологическое исследование особенностей материнской позиции женщин, дети которых страдают церебральным параличом / О.Л. Романова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988. – № 9. – С. 109–114.
14. Романчук, О.И. Дорога любви. Путеводитель для семей с особыми детьми и тех, кто идет рядом / О.И. Романчук. – М. : Генезис, 2010. – 160 с.
15. Семаго, М.М. Диагностико-консультативная деятельность психолога образования : метод. пособие / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго ; ред. М.М. Семаго. – М. : Айрис-Пресс, 2004. – 288 с.
16. Ткачева, В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии / В.В. Ткачева. – М. : ГНОМ и Д, 2000. – 64 с.
17. Ткачева, В. В. Гармонизация внутрисемейных отношений: папа, мама, я – дружная семья. Практикум по формированию адекватных внутрисемейных отношений / В.В. Ткачева. – М. : Гном и Д, 2000. – 160 с.
18. Ткачева, В.В. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева // Дефектология. – 1999. – № 3. – С. 30–36.
19. Фюр, Г. «Запрещенное» горе. Об ожиданиях и горе, связанных с ребенком, родившимся с функциональными ограничениями / Г. Фюр. – Минск: Минсктиппроект, 2003. – 64 с.
20. Чарова, О.Б. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием / О.Б. Чарова, Е.А. Савина // Дефектология. – 1999. – № 5. – С. 34–39.
21. Хорош, С.М. Влияние позиции родителей на раннее развитие слепого ребенка / С.М. Хорош // Дефектология. – 1991. – № 3. – С. 88–93.
22. Шорохова, О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости / О.А. Шорохова. – СПб. : Речь, 2002. *–* 136 с.
23. Эйдемиллер, Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий. – СПб.: Питер, 1999. *–* 656 с.
24. Юн, Г. Дети с отклонениями. Родители о своих детях / Г. Юн. – Кишинев : Штиинца, 1987. – 176 с.

# ГЛОССАРИЙ

***Абилитация*** *– приобретение ребенком отсутствующих у него (по возрасту) способностей в процессе роста и развития, стимуляция их развития в специально организованных условиях.*

***Адаптация*** *(от лат. приспособлять) – совокупность реакций, которые обеспечивают приспособление организма к изменению условий существования; приспособление поведения человека к изменению условий его жизни и деятельности.*

***Адинамия*** *– отсутствие движений, двигательной активности.*

***Алалия –*** *(от греч. а – отрицат. частица и lalia – говорю) – отсутствие или недоразвитие у детей речи при нормальном слухе и достаточном уровне интеллекта.*

***Амнезия*** *– отсутствие памяти, утрата способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.*

***Апатия*** *– снижение мотивации деятельности, отсутствие желаний и интересов.*

***Асинхрония развития*** *– характеристика развития ребенка, обозначающая факт неравномерного развития тех психических функций, которые в норме развиваются синхронно и взаимно влияют друг на друга.*

***Астения*** *–**физическая и психическая слабость, бессилие.*

***Астенический синдром*** *– синдром раздражительной слабости, в который входят четыре типичных компонента: раздражительность, слабость, расстройства сна, вегетативные нарушения.*

***Атаксия*** *– нарушение походки.*

***Аутизм*** *– (от греч. аут – сам) симптом поведения, обозначающий уход в себя, погружение в собственный мир, стремление к одиночеству, вызванное снижением или отсутствием потребности в общении с другими людьми.*

***Аутистические нарушения*** *– термин, обозначающий группу расстройств, при которых наблюдаются отдельные симптомы аутизма.*

***Аутостимуляция*** *(самораздражение) – стимуляция ребенком самого себя, направленная на повышение уровня сенсорной стимуляции, дополнительное внесение ребенком стимулов для самого себя; настойчивое стереотипное извлечение сенсорных ощущений из своего тела с помощью окружающих предметов.*

***Афазия*** *–**(от греч. а — отрицат. частица и phasis — высказывание) — системное нарушение речи, вызванное прижизненными локальными поражениями коры левого полушария (у правшей); проявляется в полной или частичной утрате способности пользоваться языковыми средствами при сохранении функций слуха и артикуляционного аппарата.*

***Брадилалия*** *– патологическое замедление темпа речи.*

***Вторичный дефект*** *– нарушения развития психических функций, возникающие как результат развития ребенка в условиях первичного дефекта.*

***Вторичные******нарушения речи*** *– нарушения речи, являющиеся следствием и возникающие в связи с другими видами отклоняющегося развития.*

***Высшие психические функции*** *– прижизненно формирующиеся психические функции человека; высшие психические функции социальны по происхождению, опосредованы по строению и произвольны по способу своего осуществления.*

***Гемианопсия*** *– нарушение зрительных функций, при котором уменьшается объем поля зрения; отсутствие зрения в одной половине зрительного поля.*

***Гиперестезия*** *– сверхчувствительность, избыточная реакция на обычный сенсорный стимул.*

***Гиперкинез*** *(гипер- сверх, кинез – движение) – избыточные движения, не контролируемые индивидом; гиперкинезы не выполняют функций, свойственных движениям, и препятствуют выполнению человеком обычных двигательных актов.*

***Госпитализм*** *– синдром отставания в двигательном и эмоциональном развитии внешне здоровых детей, которые получали физический уход, но не получали или испытывали дефицит общения и эмоционального принятия со стороны взрослых; в дальнейшем эти дети демонстрируют отставание и в интеллектуальном развитии.*

***Дауна синдром*** *– заболевание, вызванное**изменением числа хромосом (трисомия по 21-й хромосоме), при котором у ребенка наблюдается типичный внешний облик и нарушения развития по типу психического недоразвития.*

***Девиантное поведение*** *– отклоняющееся поведение; поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и правилам поведения.*

***Дементный синдром*** *(см.* ***деменция****) – специфическое сочетание симптомов нарушений психических функций, возникающих при деменции: парциальный и мозаичный характер нарушения функций, сочетание сохранных и поврежденных функций, трудности приобретения нового опыта и ограничения в использовании имеющегося опыта.*

***Деменция*** *– заболевание, возникающее в результате действия вредностей на нервную систему в постнатальный перио, приводит к приобретенной интеллектуальной недостаточности; деменцию следует отличать от олигофрении, которая приводит к врожденной интеллектуальной недостаточности.*

***Депривация*** *– (от англ. to deprive – лишение чего-либо) – неудовлетворение или недостаточное удовлетворение базовых потребностей ребенка.дополнить*

***Детская психология*** *– отрасль психологии развития (возрастной психологии), изучающая факты, закономерности и механизмы психического развития детей.*

***Детская патопсихология*** *– раздел патопсихологии или клинической психологии, изучающий отклонения психического развития в детском возрасте, психопатологические симптомы и синдромы у детей и подростков.*

***Детский аутизм*** *– синдром, сочетающий в себе несколько симптомов, основным из которых является аутизм.*

***Дефект*** *– (из словаря иностранных слов:**изъян, недостаток, недочет) поломка, нарушение какой-либо двигательной или психической функции (отсутствие, недоразвитие, искажение, повреждение); в настоящее время термин имеет ограниченное употребление.*

***Дефектология*** *– комплексная медико-психолого-педагогическая отрасль науки и практики, изучающая детей с особенностями психофизического развития и разрабатывающая направления, формы и методы их воспитания, обучения и реабилитации.*

***Дефицитарное психическое развитие*** *– тип отклоняющегося развития, которое происходит в условиях недостаточности (дефицита) одной или нескольких систем – анализаторной (зрение или слух) или двигательной; дефицитарность системы выражается в ее полном отсутствии или в снижении возможностей ее функционирования.*

***Дефицитарность психических функций*** – *недостаточность психических функций вследствие церебральной патологии, или патологии головного мозга.*

***Дизартрия*** *– (от греч. dis* ***–*** *приставка, означающая расстройство, arthron* ***–*** *сочленение)* ***–*** *нарушение звуковой системы языка (звукопроизношение, просодика, голос), обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата.*

***Дизонтогения*** – *отклонение внутриутробного формирования структур организма от нормального развития.*

***Дизонтогенез психический***– *нарушение онтогенеза, закономерного хода психического развития.*

***Дизэмбриогенез*** *– нарушение процессов развития плода во внутриутробном периоде.*

***Дисгармоническое развитие*** *– особый тип отклоняющегося развития, при котором наблюдается врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере; интеллектуальная сфера при дисгармоническом развитии практически сохранна, поэтому и возникает дисгармония в развитии отдельных сторон психики ребенка.*

***Дисграфия*** *– частичное расстройство процесса письма, проявляющееся в специфических и стойких ошибках, обусловленное несформированностью или нарушением психологических функций, обеспечивающих процесс письма.*

***Дислалия*** *(от греч. dis — приставка, означающая расстройство, lalia – речь) – расстройство речи, проявляющееся в нарушении произношения звуков.*

***Дислексия*** *– частичное специфическое нарушение процесса чтения, проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера (замены, перестановки, пропуски букв), обусловленное несформированностью или расстройством психологических функций, обеспечивающих процесс чтения.*

***Дисфония, афония*** *– расстройство (или отсутствие) фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.*

***Задержка психического развития*** *– определение для сборной группы разнородных нарушений. При задержке психического развития наблюдается нарушение темпа качественной перестройки психических функций, при ко­тором психика ребенка сохраняет организацию более раннего возраста.*

***Задержанное психическое развитие*** *– вид отклоняющегося развития, при котором наблюдается замедление темпа психического развития, выражающееся в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, или замедление темпа формирования различных характеристик когнитивной и эмоционально-личностной сфер.*

***Заикание*** – *нарушение темпо-ритмической организации, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата; синоним – логоневроз.*

***Зона ближайшего развития*** *– разница между уровнем актуального и уровнем ближайшего развития ребенка, между тем, что ребенок может делать самостоятельно и тем, что он может делать с помощью взрослого.*

***Изоляция*** *– тенденция отношения в обществе к людям с физическими и умственными недостатками, характеризующаяся стремлением отделить их от здоровой популяции (сепарация) и поместить в закрытые условия существования (изоляция).*

***Изоляция развития*** *– характеристика процесса развития психических функций, обозначающая тот факт, что психические функции развиваются независимо друг от друга, хотя в норме они взаимно влияют друг на друга. Например, при детском аутизме речь развивается независимо от процесса общения, то есть изолированно от него.*

***Импульсивность*** *– форма отклоняющегося поведения, при которой действия совершаются в связи с непреодолимыми влечениями, побуждениями, протекают насильственно, автоматизированно, не контролируются сознанием.*

***Импрессивная речь*** *– (от лат. impressio – впечатление) – восприятие и**понимание речи окружающих; применительно к развитию речи детей используется термин «пассивная речь». Устная импрессивная речь выражается в слуховом восприятии речи, а письменная импрессивная речь выражается в зрительном восприятии текста (чтении).*

***Инертность психических процессов*** *– тугоподвижность психических процессов, трудность переключения с одного объекта на другой, предпочтение привычного способа выполнения задания, трудности принятия и усвоения другого способа.*

***Интеллектуальная недостаточность*** *– термин педагогический, обозначает то же, что и умственная отсталость; данный термин акцентирует внимание на уменьшении возможностей ребенка в интеллектуальной сфере.*

***Интервенция*** *(букв.**вмешательство, внедрение) – наиболее общее обозначение коррекционного и реабилитационного процесса, направленного на оказание помощи детям с отклонениями в развитии; акцентируется активный, наступательный характер воздействия.*

***Интериоризация*** *– механизм формирования психических функций: а) переход от интерпсихических к интраспихическим функциям; б) переход от внешних практических действий к внутренним психическим действиям.*

***Инфантицид*** *– тип отношения общества к детям с физическими и умственными недостатками, направленный на физическое уничтожение детей.*

***Искаженное психическое развитие*** *– тип отклоняющегося развития, при котором наблюдается искажения в формировании психических функций, вызванные отсутствием или снижением потребности ребенка в общении. Ребенок не способен усваивать общественно-исторический опыт под руководством взрослых как носителей культуры, поэтому его развитие протекает в том направлении, которое ребенок сам для себя избирает. У ребенка сохраняется способность отражать окружающий мир и действовать в нем, но его отражение и активность своеобразны. Искаженный тип развития наблюдается при аутистических нарушениях у детей.*

***Каннера синдром*** *– обозначение синдрома детского аутизма по фамилии автора, впервые его описавшего и выделившего основную триаду нарушений: аутизм и экстремальное одиночество, стереотипные формы поведения, своеобразные нарушения речи.*

***Классификация*** *– разделение на группы в соответствии с заданными критериями; в специальной психологии – разделение детей с отклоняющимся развитием на группы в соответствии с характером их развития, который обусловлен имеющимся нарушением.*

***Компенсация*** *(от лат. уравновешивать, возмещать) – 1)**(мед.) реакция организма на повреждение, состоящая в возмещении функций поврежденных тканей и органов за счет непострадавших органов и тканей; 2) (психол.) процесс перестройки или замещения нарушенных психофизиологических функций.*

***Косоглазие*** *–* *различные поражения зрительной и глазодвигательной систем, которые вызывают отклонение (периодическое или постоянное) глазного яблока от обычной его локализации (от совместной точки фиксации) и связанное с этим нарушение функции бинокулярного зрения.*

***Лабильность*** *– нестойкость, неустойчивость, непостоянство, нестабильность функционирования, изменчивость, колебание тех или иных проявлений (лабильность эмоций, лабильность мыслительных процессов).*

***Логопедия*** *– раздел коррекционной педагогики, изучающий нарушения развития речи, их преодоление и предупреждение средствами специального обучения и воспитания.*

***Логопсихология*** *– раздел специальной психологии, изучающий закономерности и механизмы психического развития и психологические особенности детей с нарушениями речи.*

***Межфункциональные связи*** *– связи и отношения между психическими функциями, которые складываются и изменяются в процессе онтогенеза и определяют характер индивидуального варианта развития ребенка в разные возрастные периоды.*

***Минимальная мозговая дисфункция*** *– (легкая дисфункция мозга, минимальная церебральная недостаточность) – сборный термин для синдрома органического поражения головного мозга легкой степени, не приводящего к грубым нарушениям психического развития; в состав синдрома входят различные состояния, заполняющие континуум между здоровыми и тяжело соматически и психически больными детьми.*

***Мнестические*** *нарушения – нарушения памяти.*

***Мутизм*** *– невротическое нарушение, которое проявляется в отсутствии ответной и спонтанной речи при сохранении способности разговаривать и понимать обращенную речь; отказ от речевого общения при сохранности способности к использованию речи.*

***Нарушение речи*** – *собирательный термин, который используется для обозначения отклонений от нормального речевого развития, от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, что обусловлено расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности.*

***Нарушения (расстройства) аутистического спектра (НАС, или РАС)*** *– то же, что и аутистические нарушения.*

***Наследственные заболевания*** *– заболевания, вызванные изменениями, происходящими на генетическом уровне, то есть в наследственном аппарате клетки.*

***Неврастения –*** *вид невроза, который формируется на основе невропатии, либо в результате астенизирующих соматических влияний; проявляется в виде повышенной утомляемости, раздражительности, нарушений сна, аппетита, головной боли.*

***Невроз*** *– психогенное заболевание личности, функциональное нервно-психическое заболевание, возникающее под влиянием психической травмы, психического перенапряжения, выражается в виде существенных переживаний человека.*

***Невроз истерический*** *–**вид невроза, который проявляется в самых разных симптомах, общим для которых является демонстративное поведение ребенка, поведение, рассчитанное на зрителя, стремление привлечь к себе внимание.*

***Невроз страха (фобический невроз) и невроз навязчивых состояний*** *– вид невроза, который характеризуется упорным страхом перед кем-нибудь или чем-нибудь, что может повредить жизни и здоровью ребенка, а также страх деятельности в определенных ситуациях; для уменьшения тревожности и беспокойства человек использует навязчивые мысли и действия.*

***Неврозоподобный*** *– сходный с неврозом, симптом, похожий на невротический, но вызванный неврологическими причинами.*

***Невропатия, или врожденная нервность*** *– биологическая предпосылка неврозов, результат врожденных или рано приобретенных нарушений вегетативной нервной системы.*

***Недоразвитие*** *– недостаточное развитие психической функции, несоответствие уровня развития данной функции установленным возрастным нормативам.*

***Недоразвитие речи*** *–**сборный термин для характеристики разных нарушений речи, при которых главным признаком оказывается недостаточное развитие речи.*

***Нейродинамические процессы*** *– динамические процессы в головном мозге, которые обеспечивают активность мозга, необходимую для осуществления психической деятельности, смену процессов возбуждения и торможения и необходимую подвижность нервных процессов.*

***Нейродинамические расстройства*** *–**нарушения динамики мозговой деятельности, которые проявляются в снижении активности, повышенной истощаемости и отвлекаемости, трудностях концентрации внимания, трудностях переключения с одного вида деятельности (объекта) на другой.*

***Неофобия*** *– страх нового, страх перемен, типичный страх ребенка с аутизмом, являющийся следствием феномена тождества.*

***Несформированность психических функций*** – *недостаточность психических функций вследствие возрастной незрелости соответствующих мозговых структур.*

***Нистагм*** *– колебательные движения глаз вправо-влево от точки фиксации (горизонтальный нистагм) или вверх-вниз (вертикальный нистагм), вызванные поражением подкорковых структур зрительного анализатора.*

***Нормативный показатель*** *– факты поведения, деятельности, развития ребенка в разных сферах, через которые описывается его нормативное развитие.*

***Нормативное развитие*** – *система показателей, нормативов, которые должен продемонстрировать ребенок к определенному возрасту, для того чтобы его развитие могло осуществляться далее в соответствии с общими закономерностями психического развития.*

***Нормативный срок*** *– возраст, не позднее которого должен появиться определенный показатель развития ребенка, для того чтобы развитие ребенка вписывалось в рамки нормативного развития.*

***Обучаемость*** – *способность ребенка к обучению, которая выражается в скорости и результатах усвоения практического и учебного материала.*

***Общее недоразвитие речи*** *– сложное речевое расстройство, проявляющееся в нарушении формирования всех компонентов речевой системы (фонетика, лексика, грамматика).*

***Олигофрения*** *– полиэтиологическое заболевание, при котором с рождения наблюдается проявления ранней дизонтогении головного мозга с преимущественным недоразвитием и поражением мозговой коры, прежде всего лобной, приводящее к стойкому необратимому снижению психической деятельности, с преимущественным нарушением познавательной деятельности.*

***Олигофренопсихология*** *– отрасль специальной психологии, изучающая психическое развитие детей с интеллектуальной недостаточностью (с олигофренией и деменцией).*

***Онтогенез*** *– индивидуальное развитие человека от рождения до ухода из жизни.*

***Паралич*** *– полное выпадение движений в одной или нескольких конечностях. Синоним: плегия.*

***Парез*** *– частичное выпадение движений в одной или нескольких конечностях, ослабление движений.*

***Пароксизм*** *– приступ; внезапное, острое, обычно повторяющееся кратковременное появление или усиление признаков болезни.*

***Пароксизмальный*** *– протекающий в виде пароксизмов.*

***Парциальный*** *– частичный, относящийся к ограниченной области.*

***Патогенетический*** *– связанный с патогенезом, т.е. механизмом возникновения и развития болезни.*

***Патологический*** *– отклонение от нормы, уродливая ненормальность.*

***Патологическое развитие личности*** *– этап формирования личности в патологическом направлении, который предшествует появлению стойкой приобретенной психопатии.*

***Патологические формирования личности*** *– результат длительной психотравмирующей ситуации, неблагоприятных условий воспитания, в качестве предпосылок которой выступают негрубая остаточная органическая недостаточность функций мозга, акцентуация черт характера на основе свойств темперамента (отражающего свойства высшей нервной деятельности, особенности эмоционального реагирования).*

***Патопсихология*** *– психологическая дисциплина, отрасль клинической психологии, изучающая закономерности психической деятельности у лиц с психическими расстройствами.*

***Первазивный*** *– «всепроникающий», одна из характеристик психического развития при аутизме, которая обозначает, что нарушения в развитии ребенка являются всепроникающими, или проникающими во все сферы развития.*

***Первичные нарушения речи*** *–* *самостоятельное нарушение речи, не вытекающее из других видов отклоняющегося развития, возникающее вне связи с ними.*

***Первичный дефект*** *–**нарушения психических функций как прямой и непосредственный результат поражения головного мозга и анализаторов.*

***Персеверация, персевераторные явления*** *– симптомы нарушения нейродинамики психических процессов, застреваемости в выполнении деятельности, в речевых высказываниях, в существовании стойких интересов и т.п., когда человек бесцельно воспроизводит один и тот же образец или способ выполнения деятельности, одно и то же речевое высказывание. Различают двигательные, речевые, интеллектуальные персеверации.*

***Поврежденное психическое развитие*** *–**особый тип отклоняющегося развития, наблюдается при органической деменции у детей. Имеется период нормального развития, который прерывается в связи с действием вредности на головной мозг, и у ребенка отмечается стойкий, необратимый регресс ряда психических функций, в основном наиболее сложно организованных и поздно сформировавшихся.*

***Пограничная интеллектуальная недостаточность*** *– данный термин обозначает положение детей с задержкой психического развития на условной шкале между нормальным развитием и интеллектуальной недостаточностью; с позиций тестологии при пограничной интеллектуальной недостаточности коэффициент интеллекта располагается в пределах от 70 до 90; устаревший термин.*

***Полиморфный, полиморфизм, полиморфность*** *– многообразие, многообразный, встречающийся в нескольких различных формах.*

***Предпосылки психического развития*** *– биологические особенности организма, телесные характеристики ребенка, которые являются необходимыми, но недостаточными для его психического развития; к предпосылкам относят общие и индивидуальные особенности строения и функционирования головного мозга, биологический пол ребенка, индивидуальные особенности наследственности, внешность ребенка.*

***Преневротический патохарактерологический радикал*** *– предрасполагающие к неврозу черты личности (агрессивность, честолюбие, педантичность, благоразумность, тревожная синтонность, инфантильность, психомоторная нестабильность, конформность и зависимость, тревожная мнительность и замкнутость, контрастность как противоречивость всех личностных характеристик).*

***Призрение*** *– тип отношения общества к людям с физическими и умственными недостатками, который заключался в организации присмотра за ними в изолированных, специально предназначенных для этого местах.*

***Прогрессирующая деменция*** *– приобретенная интеллектуальная недостаточность, при которой происходит неуклонный распад психических функций, связанный напрямую с распадом нервной ткани головного мозга вследствие наследственных дегенеративных заболеваний нервной системы, тяжелых форм эпилепсии, шизофрении, опухолей и хронических воспалительных заболеваний мозга.*

***Профилактика*** *– направление профессиональной деятельности специалиста (психолога, врача, педагога), цель которого – способствовать предупреждению отклонений в здоровье, развитии и поведении детей.*

***Психическая травма –*** *совокупность внешних раздражителей, оказывающих на человека такое воздействие, которое он не в состоянии воспринять и пережить на обычном для него уровне нервно-психического реагирования, используя когнитивные способы переработки информации, изменение своего отношения к раздражителю, перестройку межличностных отношений, зрелые способы психологической защиты.*

***Психическое недоразвитие*** *– тип отклоняющегося развития, при котором наблюдается стойкое снижение психической деятельности и действуют законы тотальности и иерархичности недоразвития. Психическое недоразвитие наблюдается при олигофрении.*

***Психогенетика*** *– наука, изучающая взаимодействие наследственности и среды и их влияние на психическое развитие и поведение человека.*

***Психодиагностика*** *– определение наличия у индивида какого-либо психического свойства или качества и измерение уровня его выраженности по сравнению с другими индивидами.*

***Психокоррекция*** *– направление профессиональной деятельности психолога, цель которого – исправление имеющихся недостатков в развитии психических процессов, состояний, свойств и качеств.*

***Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата*** *– отрасль специальной психологии, изучающая особенности психического развития детей с двигательными нарушениями.*

***Психология развития*** *– отрасль психологии, изучающая закономерности психического развития и психологические особенности человека в разные возрастные периоды от рождения до старости.*

***Психология аномального (отклоняющегося) развития*** *– отрасль**психологии развития, изучающая факты, закономерности и механизмы психического развития детей с ОПФР.*

***Психопатия*** *– стойкий дисгармонический склад личности, для которого характерны* *тотальность психопатологических особенностей личности, выраженность психопатических нарушений до нарушений социальной адаптации и относительная стабильность патологических личностных особенностей в течение жизни.*

***Психопатоподобный*** *– сходный с психопатией, похожий на симптомы психопатии; к психопатоподобным расстройствам относятся:* *психомоторная расторможенность, бестактность, раздражительность, грубость, повышение влечений, снижение критичности, патологические влечения, назойливость, импульсивность при формальной сохранности интеллекта.*

***Психотерапия*** *– букв. лечение при помощи психического воздействия на человека; направление профессиональной деятельности психолога (или врача), комплексное воздействие на эмоции, суждения, самосознание и другие особенности личности.*

***Пресыщаемость психической деятельности*** *– быстрая истощаемость ребенка в деятельности, потеря интереса к ней и следующее за этим снижение продуктивности деятельности.*

***Ранний детский аутизм*** *– один из вариантов названия синдрома «детский аутизм», в котором подчеркивается факт возникновения аутизма в раннем детстве.*

***Распад психических функций*** *– процесс, противоположный развитию психических функций, переход на более низкий уровень психического развития вследствие патологических влияний на головной мозг.*

***Реабилитация*** *– 1) приобретение утраченных способностей в процессе роста и развития, а также в специально организованных условиях; 2) организованная система профессиональной деятельности, цель которой – способствовать приобретению утраченных способностей; комплекс мероприятий по восстановлению утраченных или ослабленных функций организма, возникших в результате заболевания, повреждения или функционального расстройства.*

***Ребенок с особенностями психофизического развития*** *– ребенок с физическими и умственными недостатками, у которого наблюдаются отклонения в психофизическом развитии; данный термин акцентирует внимание на особом типе развития, а не на ограничениях ребенка.*

***Ребенок с ограниченными возможностями*** *– то же, что и ребенок с особенностями психофизического развития; данный термин акцентирует внимание на ограничениях ребенка, его недостаточности по сравнению с нормально развивающимися детьми.*

***Ребенок с особыми потребностями*** *– то же, что и ребенок с особенностями психофизического развития; данный термин акцентирует внимание на наличии у такого ребенка особых, по сравнению с нормально развивающимися детьми, потребностей.*

***Резидуальный*** *– остаточный, следствие остаточных поражений головного мозга различными вредностями.*

***Ретинопатия*** *– патология сетчатки глаза; ретинопатия недоношенных – патология сетчатки глаза у детей, родившихся раньше срока, приводящее к слепоте и слабивидению тяжелой степени.*

***Ретардация*** *(от лат. замедление, задержка) –**отставание в развитии, задержка развития какой-либо функции или системы, замедленное развитие.*

***Ринолалия*** *– нарушение звукопроизношения и тембра голоса, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого нёба*.

***Сенсорная депривация*** *– недостаточное удовлетворение потребности ребенка в получении информации извне, в сенсорных стимулах.*

***Синкинезия*** *– содружественное выполнение движений несколькими конечностями; патологические синкинезии – возникновение непроизвольных движений в одной конечности при выполнении произвольных движений в другой конечности.*

***Скотомы зрительные*** *– нарушения зрительных функций в виде выпадения отдельных ограниченных участков поля зрения (слепые пятна).*

***Соматический*** *–* *телесный, связанный с телом, в противоположность психическим явлениям.*

***Социально-психологический норматив*** *– система требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов, эти требования и составляют содержание социально-психологического норматива.*

***Специальная психология*** *– отрасль психологии, изучающая психологические особенности детей с физическими и умственными недостатками, а также процесс психического развития в измененных условиях.*

***Среда социальная и предметная*** *– совокупность предметов материальной и духовной культуры, человеческое окружение, с которыми ребенок непосредственно взаимодействует; среда выступает как источник психического развития ребенка.*

***Стереотипии*** *– устойчивые формы однообразных действий, поведения, речи, выполняющие функции сохранения постоянства окружения, защиты от страхов и тревоги, аутостимуляции из-за сенсорной депривации.*

***Стереотипы речевые*** *– использование ребенком в речи стереотипных словесных выражений, могут быть формой эхолалий.*

***Стигма*** *(от греч. укол, клеймо, пятно)* – *метки или клейма на теле рабов или преступников в древности;* ***стигматизация*** *– особый вид отношения в обществе к людям, принадлежащим к меньшинству, навешивание ярлыков неполноценности, которое приводит к унижению, осмеянию, дискриминации, избеганию общения с людьми с физическими и умственными недостатками.*

***Сурдопсихология*** *– отрасль специальной психологии, изучающая закономерности психического развития и психологические особенности детей с нарушением слуха (неслышащих и слабослышащих).*

***Тахилалия*** *— патологическое ускорение темпа речи.*

***Тифлопсихология*** *– отрасль специальной психологии, изучающая закономерности психического развития и психологические особенности детей с нарушениями зрения (незрячих и слабовидящих).*

***Тотальности недоразвития закон*** *– один из основных законов психического недоразвития (см. также иерархичности недоразвития закон), согласно которому при психическом недоразвитии страдают все психические и двигательные функции – от самых низших до самых высших, другими словами, все функции находятся в состоянии недоразвития.*

***Умственная отсталость*** *– сборный термин для обозначения выраженного снижения интеллектуальных способностей у индивидов с различными заболеваниями нервной системы и анализаторов (см. также олигофрения, деменция, интеллектуальная недостаточность).*

***Феномен тождества*** *– стремление ребенка с аутизмом к постоянству, к сохранению неизменности окружения и среды, нетерпимость к любым переменам.*

***Фобия –*** *выраженный, заостренный страх, при котором нарушается социальная адаптация и процессы жизнедеятельности.*

***Фонетико-фонематическое недоразвитие речи*** *– дислалия в сочетании с нарушением фонематического слуха****.***

***Фонематический слух*** – *способность различать с помощью слуха* речевые *звуки, имеющие разный смысл для восприятия речи.*

***Хромосомные нарушения*** *–**нарушения в генетическом аппарате клетки, проявляющиеся в изменении числа хромосом или в нарушении их строения.*

***Церебральный*** *–**относящийся к головному мозгу.*

***Церебральная недостаточность*** *–**нарушения работы мозга, которые носят общий характер и проявляются в повышении утомляемости, снижении работоспособности, двигательной расторможенности, сниженной способности к концентрации внимания, истощаемости психических процессов.*

***Церебрастения*** *– мозговая слабость, астения в сочетании с головной болью, головокружением, ослабление памяти, повышенная истощаемость психической деятельности.*

***Экспрессивная речь*** *– (от лат. expression – выражение) активное устное и письменное высказывание, собственная речь говорящего человека и письменная речь (письмо).*

***Эмбриогенез*** *– развитие эмбриона, внутриутробное развитие.*

***Энкопрез*** *–**невротическое расстройство, которое проявляется в виде недержания кала, ребенок осуществляет акт дефекации в неположенном месте.*

***Энурез*** *– невротическое расстройство, которое проявляется в виде непроизвольного мочеиспускания, недержание мочи.*

***Энцефалопатия, энцефалопатические расстройства***–*общий термин для обозначения патологии головного мозга, а также расстройств, вызванных патологией головного мозга.*

***Эпилепсия*** *– заболевание головного мозга, которое характеризуется периодически наступающими судорожными приступами, или припадками.*

***Этиология и условия возникновения*** *– комплекс причин и факторов, которые приводят к возникновению болезни, патологии, отклонения, расстройства.*

***Эхолалия*** *– специфическая особенность речи детей с аутистическими нарушениями; буквальное повторение слов и фраз вне контекста ситуации общения и деятельности ребенка; эхолалии могут стать стереотипными формами поведения.*